

# ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony

przez

Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXIII

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. STEFAN BOROWIECKI, prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI,  
doc. WITOLD ŁUNIEWSKI, prof. JAN MAZURKIEWICZ,  
prof. MAKSYMILJAN ROSE, doc. WŁADYSŁAW STERLING.

REDAKTOR:

płk. J A N N E L K E N

WYDAWCA:

J Ó Z E F H A N D E L S M A N

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Doc. Artwiński (Kraków), dyr. Bednarz (Świecie n/W.), dyr. Bielawski (Kościan), Bornsztajn (Warszawa), dyr. Cyran (Lubliniec), doc. Falkowski (Warszawa), dyr. Fuhrman (Chełm/Lubelski), dyr. Górny (Owińska), dyr. Kryzan (Kocborowo), Steffen (Wrzesin), dyr. Szymański (Warta), dyr. Wiendlocha (Rybnik).

1934.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6 m. 1.

Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.

Zeszyt niniejszy, 2-gi z roku 1934 ukazał się dnia 15 grudnia 1934 r.



**SANATORJUM p. f. PENSJONAT KURACYJNY**

## **M A R J Ó W K A**

**WARSZAWA-MOKOTÓW, DOLNA 17. TEL. 8-22-40**

**Elektryczność wodociąg i kanalizacja**

**Przyjmuje nerwowych i psychicznie chorych.**

**Najnowsze metody lecznicze. Leczenie  
malaryjne. Radjo.**

**Dyrektor: Dr. Ant. Iwanowski b. ordynator szpit. w Kulparkowie.**

**Zastępca Wł. Pręgowski**

**WRZESIN — PRYWATNY ZAKŁAD LECZNICZY  
DLA CHORYCH PSYCHICZNIE**

**D-ra E. STEFFENA i S-ki**

**w Pruszkowie pod Warszawą**

**ul. Pęcicka, dom własny, tel. podm. Pruszków 46.**

**Dojazd koleją lub kolejką elektryczną (E. K. D.).**

**Zakład mieści się w budynku specjalnie budowanym, oświetlonym elektrycz-  
nie z wszelkimi wygodami, w ogrodzie 2 morgowym, dobrze zadrzewionym.**

**Kierownik zakładu: Dr. EDWARD STEFFEN.**

**SANATORJUM — DLA NERWOWO i PSY-  
CHICZNIE CHORYCH**

**D-ra RAFAŁA BECKERA**

**W Otwocku, przy ul. Emilji Plater 3. Telefon, Otwock Nr. 4.**

**SANATORJUM mieści się w 3 budynkach z wszelkimi wygo-  
dami i położone jest w pięknym 4-morgowym parku.**

**Najnowsze metody lecznicze.**

**Leczenie malaryjne.**

**Kuchnia indywidualna i djetetyczna. Ceny przystępne.**

**Kierownik zakładu: Dr. RAFAŁ BECKER.**



# ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony

przez

Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXIII

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. STEFAN BOROWIECKI, prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI,  
doc. WITOLD ŁUNIEWSKI, prof. JAN MAZURKIEWICZ,  
prof. MAKSYMILJAN ROSE, doc. WŁADYSŁAW STERLING.

REDAKTOR:

płk. J A N N E L K E N

WYDAWCA:

J Ó Z E F H A N D E L S M A N

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Doc. Artwiński (Kraków), dyr. Bednarz (Świecie n/W.), dyr. Bielawski (Kościan), Bornsztajn (Warszawa), dyr. Cyran (Lubliniec), doc. Falkowski (Warszawa), dyr. Fuhrman (Chełm/Lubelski), dyr. Górny (Owińska), dyr. Kryzan (Kocborowo), Steffen (Wrzesin), dyr. Szymański (Warta), dyr. Wiendlocha (Rybnik).

1934.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6 m. 1.

Adres Administracji: Klinika Psychiatryczna Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.

Zeszyt niniejszy, 2-gi z roku 1934 ukazał się dnia 15 grudnia 1934 r.



SEN FIZJOLOGICZNY bez opjum i środków odurzających, bez objawów posennych i nawyknienia za pomocą

# DIALU „CIBA”

## **Bezsennaść nerwowa**

u zmęczonych  
u nerwowo chorych

## **Rozdrażnienie**

obłąkanych  
rannych  
morfiniistów

W PRZYPADKACH CIĘŻKICH ROZDRAŻNIENIA  
I DLA SPOWODOWANIA DŁUŻSZEGO UŚPIENIA  
U OBŁĄKANYCH

## AMPUŁKI DIALU

Bezsennaść zależna od bólów

## DIDIAL „CIBA”

pobudzenie psychiczne, zaburzenia urazowe, bóle,  
uspakajanie przed znieczuleniem.

## KOŁACZYKI

Próby i literatura na żądanie!

---

---

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego



## ROLA KONSTYTUCJI W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH REAKTYWNYCH<sup>1)</sup>.

podał

DOC. DR. MARCIN ZIELIŃSKI

Kraków.

Sprawy reaktywne psychiczne wyrażają się w szeregu zespołów klinicznych, których zasadnicze i różniczkowe w stosunku do innych obrazów właściwości upatrujemy w ich psychologicznym uwarunkowaniu czyli psychorodności. Tutaj pojęcie „związków zrozumiałych” *Jaspersa* powinnyby mieć możliwie najściślejsze zastosowanie, a cała sprawa odbywałaby się w zakresie psychicznych bodźców i chorobowych ich następstw. Jednakże badania ostatnich czasów, prowadzone pod znakiem wielowymiarowej analizy obrazów klinicznych zwróciły uwagę na złożoność zjawiska, które przyzwyczajaliśmy się nazywać psychicznem i ściśle uwypukliły zwłaszcza sprzężenie t. zw. „przeżyć” czyli przejawów uczuciowości ze światem zmian cielesnych. A przecież zaburzenia reaktywne to przede wszystkim chorobliwe odpowiedzi naszej psychiki na silnie i gwałtownie występujące wzruszenia. Te wzruszenia czy afekty, jako zjawiska psychofizyczne, ugruntowują się w nowem ujęciu, które bardzo mocno uwydatnia występowanie subiektywnego czynnika uczuciowego w ścisłym związku z szeregiem objawów przedmiotowych cielesnych (*Ewald, Knauer, Billigheimer, Leschke*). Wzruszenia powinny być zatem w patogenetycznem rozważaniu ich wpływu na obraz chorobowy reaktywny oceniane nie tylko ze stanowiska wyłącznie psychologicznego. W symptomatologii następstw urazu psychicznego, którego wyrazem będzie w jednym przypadku psychoza lękowa, w drugim zespół Gansera, a w trzecim reakcja schi-

<sup>1)</sup> Odczyt na XIV zjeździe psychiatrów polskich dn. 19 maja 1934 r.



zofreniczna, zaznacza się różnorodność odpowiedzi chorobliwie wstrząśniętej psychiki. Wszystkie te reakcje mimo zasadniczo psychogenicznego charakteru, który je łączy, będą posiadały obok określonej postaci psychologicznej swoją charakterystykę fizyczną w objawach z dziedziny układu wegetatywnego, wewnętrznego wydzielania i przemiany materji. Ta psychofizyczna budowa obrazów schorzeń reaktywnych, gdzie objawom cielesnym przypada rola niejednokrotnie bardzo wybitna, nasuwa pewne analogie z psychozami pochodzenia zewnętrznego, których źródłem jest ostre i silne działanie czynników zewnętrznych jak zakażenie, urazy fizyczne, zatrucia na system nerwowy. W tej grupie psychoz zewnątrzpochodnych (reaktywnych) spotkamy obrazy określonych zespołów, które okazują podobieństwo w swoim klinicznym przebiegu z formami psychorodnymi. W obrazach, wytwarzających się na tle szkodliwego działania zakażenia czy zatrucia na układ nerwowy, możemy znaleźć obok czystych reakcji zewnątrzpochodnych w rozumieniu *Bonhöffera*, postaci mniej lub więcej odbiegające od zbiorów objawów tego typu, a noszące cechy psychoz wewnątrzpochodnych. Podobnie jak w psychozach zewnątrzpochodnych czystego typu przeważają zespoły majaczeniowe i amentywne, tak i w psychozie reaktywnej psychorodnej, zaburzenie wyraża się przedewszystkiem przyćmieniem świadomości, które wypływa z silnego wstrząsu uczuciowego. Czystą reakcję zarówno w jednej jak w drugiej grupie zaburzeń będzie stanowił najczęściej zespół objawów, upośledzających jasność świadomości i zdolność orjentowania się z następową częściową lub całkowitą niepamięcią. W świetle dokładniejszej analizy psychoz zewnątrzpochodnych (*Bonhöffer*, *Somogyi*, *Rath*), występujących pod wpływem procesów gorączkowych, zatruc, urazów i zapaleń mózgu, okazuje się dominująca przewaga t. zw. czystego typu reakcji zewnątrzpochodnej, którego częstość idzie w parze ze znacznem nasileniem zaatakowania systemu nerwowego. Jeśli w tych obrazach psychotycznych, których źródło tkwi niewątpliwie w czynnikach zewnętrznych uszkadzających system nerwowy, zwracają uwagę zespoły schorzeń wewnątrzpochodnych, to stajemy znowu przed pytaniem wspólnem i równie aktualnem dla psychoz psychorodnych. Pytanie to dotyczy określenia kryterjum i zakresu współdziałania czynników konstytucyjnych. Znaleźlibyśmy się zatem po wskazaniu na pouczającą analogję objawową z psychozami zewnątrzpochodnymi wobec interesującego nas tu specjalnie zagadnienia, jak przejawiają się czynniki t. zw. konstytucyjne w obrazie psychozy reaktywnej i jaki mają wpływ na jej strukturę.



Dla porównania narazie przypatrzmy się stosunkom tym w dziedzinie psychoz zewnątrzpochodnych, które przedstawia praca autorów węgierskich *Somogyi* i *Ratha*, oparta na obserwacji 200 przypadków. Autorzy powołując się na zasadniczy sprawdzian zaburzenia typu E. R. (według *Ewalda*) w postaci zaburzenia świadomości, wykazują w zestawieniu wyników swoich badań, że z pośród 200 spostrzeganych psychoz zewnątrzpochodnych 105 przedstawiało czysty typ reakcji, 83 zawierało powikłania z zespołami wewnątrzpochodnymi, a tylko 12 dało się zaliczyć do obrazów wyraźnie wewnątrzpochodnych. Jest rzeczą charakterystyczną, że w wywołaniu czystego typu reakcji zewnątrzpochodnej odegrały rolę w 75% ostre bodźce albo też podniety przez znaczną siłę działania, osłabiające odporność układu nerwowego. Z drugiej strony, uderza stosunkowo znaczny odsetek zespołów, wnikających czystą reakcją albo wyłącznie wewnątrzpochodnych najczęściej w przypadkach przewlekłego działania czynnika zewnętrznego. Autorowie kończą swoje wywody poglądem, że w powstaniu czystego typu reakcji zewnątrzpochodnej czynniki konstytucyjne nie odgrywają żadnej roli natomiast obrazy tej reakcji zabarwione wewnątrzpochodnie kształtują się według dyspozycji chorobowej lub charakterologicznej.

Jeżeli teraz spojrzymy ponownie na dziedzinę reakcji psychorodnych, to musimy najpierw podkreślić z naciskiem choropotwórczą rolę afektów, jako czynników nie tylko psychicznych, ale równocześnie powodujących zmiany o charakterze fizycznym i cielesnym. Reakcje te występują szybko i bezpośrednio po zadziałaniu przeżyć czy urazów na psychikę, wywołując w najtypowszych przypadkach zespół przymroczenia świadomości, który przedewszystkiem nadaje obrazowi chorobowemu piętno psychotyczne. Ten zespół objawów opisanych pod nazwą zamroczenia histerycznego, syndromu Gansera, psychozy więziennej i t. d. jest najpospolitszym, a zarazem najczystszy przedstawicielem reakcji psychorodnej ogólnej, która przedstawia obraz silnego i ostrego wstrząśnienia psychiki. Motywy przeżycia, poprzedzające reakcję przewijają się w przymroczonej świadomości opanowując ją i nie dopuszczając do prawidłowego orientowania się w następującej potem fazie choroby. Zrozumiałość działania chorobotwórczego tych momentów psychologicznych odróżnia niewątpliwie te reakcje, jako psychogeniczne od innych, ale nie może nam przesłaniać faktu, że i tamte zewnątrzpochodne także w swojej czystej reaktywnej postaci występują, jako mniej lub więcej głębokie zamroczenie świadomości z dezorientacją i omamami. A dalej nie możemy pomijać w budowaniu podstaw do naszych dalszych roz-



ważać faktu, że istotnym czynnikiem twórczym reaktywnego zaburzenia psychicznego jest afekt, którego dynamiczna siła, ze względu na wybitny psychofizyczny charakter tego zjawiska, wykracza poza sferę działania psychicznego w dziedzinę procesów cielesnych organizmu. Te dwie cechy, zbliżające reakcje zewnątrzpochodne i psychorodne pod względem objawowym, a nawet w pewnej mierze wskazujące na podobieństwo chorobotwórcze choćby w ograniczonym zakresie — pozwalają, moim zdaniem, także na rozpatrywanie zagadnienia konstytucyjnego pod wspólnym kątem widzenia.

Badając przebieg zwyczajnej odpowiedzi psychicznej na działanie uczucia, wzruszenia czy afektu, zauważamy wpływ tego zjawiska na tok naszych myśli i działań w sensie pewnego zakłócenia, wymagającego potem opanowania czy wyrównania tego zmienionego stanu świadomości. Nie wdając się bliżej w analizę mechanizmu psychologicznego, który odzwierciadla to chwilowe zaburzenie świadomości w normie, albo trwalszem schorzeniu, musimy upatrywać w niem pierwotną i najbardziej typową reakcję pochodzenia psychorodnego. Jeśli reakcja prawidłowa czy też t. zw. reaktywne zaburzenie psychiczne odbiega niejednokrotnie od wymienionego powszechnego schematu, to oświecenie przyczyny tego zjawiska należy niewątpliwie do najtrudniejszych zagadnień psychologii i psychopatologii względnie charakterologii normalnej i patologicznej. Osobowość i jej struktura psychiczna, której uwypuklenie zawdzięczamy *Birnbaumowi*, mieszczą w sobie czynniki najrozmaitszej natury, warunkujące odchylenia od przeciętnej reakcji psychorodnej. Nie możemy jednak wykluczyć także okoliczności czyli wpływów konstelacyjnych, które niezależnie do pewnego stopnia od struktury osobowości tkwią we właściwościach działającego bodźca i środowiska, układu stosunków społecznych, w których sprawa powstała. Podział reakcji psychorodnych podany przez *Brauna*, usiłuje przez wyszczególnienie jednej grupy zawierającej reakcje osobowości (depresja, stany lękowe, napady i stany zamroczenia, osłupienia i ucieczki) i drugiej, obejmującej reakcje środowiskowe, (stany strachu i oczekiwania, psychonerwice rentowe, psychozy więzienne i indukowane) zbliżyć nas do zróżniczkowania czynników, kształtujących psychozę reaktywną na patoplastyczne i patogenetyczne, konstelacyjne i konstytucyjne. W tym samym kierunku zdążają poglądy tych autorów (*Braun, Ewald, K. Schneider*), którzy, opierając się na *Birnbaumowskim* pojęciu struktury osobowości, ujmując całość psychiki, jako układ warstwowy. W tej koncepcji warstwy psychiczne, przeważnie trzy, mają odgraniczać od siebie sfery czyn-



ników, kierujących mechanizmami psychologicznymi przy zachowaniu hierarchicznego ich ustosunkowania. Pomiedzy procesami organicznymi pozaświadomymi warstwy biologiczno - somatycznej a strefą charakteru, obejmującą celowe myśli i działania, rozpościera się dziedzina instynktów, popędów i afektów (*Braun*). Według tego autora w psychorodnej reakcji dokonywa się zakłócenie tego hierarchicznego porządku i zdobywanie przewagi warstw niższych nad najwyższą. Zarówno te ujęcia warstwowe psychiki, których przykładem jest przytoczony pogląd *Brauna* jak i jego podział na reakcje indywidualne (*Persönlichkeitsreaktion*) i reakcje środowiska (*Milieureaktion*), jak dalej *Kretschmera* mechanizmy psychologiczne przynoszą wprawdzie nowe oświecenia poszczególnych reakcyj psychorodnych, nie dają nam jednak możliwości odgraniczenia cech konstytucyjnych i oceny wartości wpływu tych ostatnich na tworzenie się psychoz reaktywnych psychorodnych.

Punkt wyjścia tych autorów wyrażający się w analizie warstwowej psychiki, przekrojów osobowości, ułatwia i upraszcza w dużym stopniu opisowe przedstawienie reakcyj psychorodnych w poszczególnych odmianach, ale pozostawia na dalszym planie udział momentów konstytucyjnych. Mimo zdawania sobie sprawy z ważności tego czynnika w powstawaniu psychoz reaktywnych i zarzutów czynionych teorii psychoanalitycznej z powodu lekceważenia jego doniosłości, nie zdołali oni wyjść poza niezbyt udatne próby zbliżenia się do tego trudnego problemu. Jestem zdania, że o wiele pewniejszą i bardziej wskazaną jest tu droga obserwacji klinicznej i dokładnej analizy genealogicznej przedstawicieli reakcyj psychorodnych. W związku z tem powracam znowu do analogji z psychozami reaktywnymi zewnątrzpochodnymi, gdzie ten kierunek badania uwydatnił się dodatnio w nowych opracowaniach (*Bonhöffer*, *Somogyi* i *Rath*). Rola konstytucji psychicznej czyli przedewszystkiem momentu wewnątrzpochodnego w psychozie reaktywnej, jest niewątpliwie bardzo wielka i przesądza najczęściej o jej poszczególnych postaciach. Do okresu nowoczesnego ustawodawstwa społecznego i wielkiej wojny nie myślano prawie o możliwości innego tła dla zaburzeń psychicznych reaktywnych poza psychopatią konstytucjonalną. Około tych faktów dziejowych i ich dalszych oddziaływań powstawały nowe formy zainteresowań czyli ugrupowania konstelacyjne, którym słusznie *Braun* przypisuje zdolność wywoływania reakcji środowiska (*Milieureaction*). Pamiętając o typowej i najczęstszej reakcji psychicznej w postaci przyćmienia świadomości, wywodzącej swoje pochodzenie od normalnego obrazu wstrząsu



uczuciowego i analogiach z reakcją zewnątrzpochodną czystego typu, rozumiemy potrzebę wyjaśnienia różnorodności form reakcji psychorodnej. Oświecenie tej sprawy ze stanowiska możliwości oddziaływania czynników konstelacyjnych pozwala nam przejść teraz do ściślejszego ujęcia t. zw. gotowości do reakcji (*Speera* Reaktionsbereitschaft), uwarunkowanej czynnikami konstytucyjnymi. W tem rozpatrywaniu wpływów, jakie na kształtowanie reaktywnej psychozy mogą wywierać właściwości konstytucyjne czy też zespoły objawów, spotykane w chorobach wewnątrzpochodnych, należy oprzeć się przede wszystkim na wyczerpujących badaniach charakterologicznych w przypadkach psychozy reaktywnej. Badania ostatniego dziesiątka lat pogłębiające psychologiczną charakterystykę obrazów chorobowych i osobowości prepsychotycznych na tle dziedziczności streszczają się w pewnych trwałych ujęciach, które mimo toczącej się jeszcze dyskusji, oddają nam duże usługi w dzisiejszej fazie nauki psychiatrycznej. Wśród tych nowych ujęć jednym z najważniejszych i najowocniejszych w dalszej pracy badawczej okazała się koncepcja typu psychofizycznego *Kretschmera*. Ugruntowanie podziału psychoz konstytucyjnych przez tę koncepcję dokonało się definitywnie. Równocześnie zdobyliśmy jeszcze jasne kryteria dla wykazywania pierwiastków schorzeń wewnątrzpochodnych w obrazach psychoz mieszanych i organicznych. Te zatem kryteria, zastosowane także w wymienionych poprzednio pracach na polu badań reakcji zewnątrzpochodnych, należy wprowadzić do zajmującego nas zagadnienia konstytucji w zaburzeniach psychorodnych.

Przejdźmy po kolei typy konstytucyjne psychofizyczne, które dotąd zostały wyróżnione i rozpatrzmy możliwości i warunki występowania reakcji psychorodnej na podłożu ich struktury psychicznej. Typ cyklotymiczny albo syntoniczny, jako najbardziej zwarty i wyrazisty pod względem psychologicznym, daje mało punktów zaczepienia dla reakcji psychogenicznej. Zaznacza się on pośród innych brakiem tych cech, które nadają piętno nerwowości w powszechnem znaczeniu tego słowa. Oczywiście ta wybitnie odróżniająca go od innych właściwość charakteryzuje tylko czysty typ cyklotymiczny. Nie wyklucza ona jednak, że pod wpływem bardzo silnego wstrząsu uczuciowego może tu wystąpić reakcja psychorodna o rysach ogólnych, odznaczająca się przymroczeniem świadomości bez żadnych znamion typologicznych. Powszechność tej formy reakcji zasadza się na możliwości wystąpienia u osobników uważanych za nerwowo zdrowych, do których możemy zaliczyć czyste odmiany usposobienia



cyklotymicznego. Spotykane pozatem na podłożu tego typu schorzenia noszą charakter wybitnie wewnątrzpochodny, a nawet t. zw. wyzwajające działanie przeżyć rzadko przemawia do przekonania wobec trudności ustalenia początku choroby. Wzmozona częstość ogólnej reakcji psychorodnej uderza nas przede wszystkim w dziedzinie t. zw. psychopatji konstytucjonalnej, przyczem palmę pierwszeństwa osiąga tu odmiana, nacechowana rysami histerycznymi, które pewni autorowie opisują jako charakter histeryczny. Na tem podłożu spostrzegł i opisał *Ganser* swoje zespoły zamroczeniowe, mające prócz zmiany świadomości jeszcze inne charakterystyczne znamiona. Idąc dalej znajdziemy na obszarze psychopatji konstytucjonalnej, z której analiza psychologiczna i charakterologiczna stara się wydzielić nowe odrębne postacie, typ schizoida, którego zdolność do wytwarzania reakcyj psychogenicznych zdaje się nie ulegać wątpliwości. Zdaniem *Speera* właśnie fakt istnienia konstytucji schizoidalnej przemawiałby za reaktywnem występowaniem obrazów chorobowych o charakterze rozszczepieniowym, które nic nie mają wspólnego z grupą wewnątrzpochodnych schizofrenji poza analogjami symptomatologicznymi. Znamienna bardzo postać psychopatji paranoidalnej, utrwalająca swą samodzielność pośród ścierających się poglądów (*Kahn, Kolle*), staje się często punktem zaczepienia dla reaktywnych zaburzeń psychicznych o swoistem zabarwieniu. Najbliższą typowi paranoidalnemu byłaby osobowość senzytywna *Kretschmera*, której jednak skłonność reaktywna wyładowuje się raczej w zespołach kręgu schizofrenicznego.

Wyodrębniająca się coraz wyraźniej sylwetka psychopaty epileptoida może być uważana za podatny grunt do ujawniania reakcyj psychotycznych wybuchowych o znamionach znacznego podniecenia psychoruchowego.—Jak widzimy z poprzednich uwag sprawa konstytucji i jej znaczenia w psychicznych zaburzeniach reaktywnych wymagałaby specjalnych studjów klinicznych. Przy formułowaniu wniosków należy przewidywać te same trudności, które towarzyszą autorom dopatrującym się wpływów konstytucyjnych czynników w obrazie reakcyj zewnątrzpochodnej. Bogaty materiał psychoz reaktywnych wielkiej wojny, który budził zainteresowanie szeregu autorów (u nas *Artwiński, Nelken*), nie mógł być wtedy jeszcze z punktu widzenia konstytucji należycie opracowany. Dzisiaj psychozy reaktywne psychorodne nie są tak częste. W naszych rozważaniach mogliśmy tylko wskazać na drogi, wiodące do stopniowego oświecenia tego trudnego zagadnienia.



## PIŚMIENNICTWO.

*K. Birnbaum*: „Der Aufbau der Psychose“, 1923, *E. Braun*: „Psychogene Reaktionen“, 1928, Handbuch der Geisteskrankheiten, I Bumke. *K. Bonhoeffer*: „Die Bedeutung der exogenen Faktoren bei der Schizophrenie“ 1934, Monatschrift für Psych. u N. *Speer*: „Endogen oder Reaktiv“ 1933, Z. Neurol. 88 Heft. 4. *J. Somogyi, Rath*: „Über die Rolle der exogenen und endogenen Faktoren in der Hervorrufung der symptomatischen Psychosen“ 1934, Monatschrift f. Psych. u N. 88 Heft. 3. *J. Nelken*: „Psychozy reaktywne na wojnie“ 1921 Lek. Wojsk. 30. *E. Artwiński*: „W sprawie nerwic urazowych“ 1918 P. Gaz. lek.



# KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH REAKTYWNYCH I ICH STOSUNEK DO T. ZW. NERWIC <sup>1)</sup>

podał

PROF. DR. STEFAN BOROWIECKI.

Celem tej pracy jest omówienie krytyczne klasyfikacji zaburzeń psychicznych, które przyjęto dzisiaj nazywać reaktywnymi. Skłoniła mnie do niego ogólnie odczuwana, paląca potrzeba syntetycznego ogarnięcia ogromnego działu zaburzeń, w dziedzinie których pracowano w ostatnich kilkunastu latach bardzo wiele i bardzo gruntownie. Pracowano wiele, często nie myśląc o klasyfikacji, gdyż praca ta była po części właśnie protestem przeciwko niedostateczności klasyfikacji poprzednich, po części świadomą rezygnacją z nich)<sup>2)</sup>, chwilowem rozmyślnem pominięciem ich czy też przygotowaniem do klasyfikacji nowej, odpowiadającej bardziej dokładnie rzeczywistości klinicznej.

Pojęcie dzisiejsze zaburzeń psychicznych reaktywnych wyłoniło się z doświadczeń gromadzonych na różnych terenach działalności lekarskiej. Przedewszystkiem składały się na nie usiłowania poznawcze i lecznicze t. zw. nerwic, dalej wytwarzało się ono wśród spostrzeżeń zbieranych w praktyce sądowo-lekarskiej, orzeczeniowej, wychowawczej, a wreszcie stało się ono zagadnieniem także dla psychiatrii zakładowej. Zjawiała się zatem potrzeba ustosunkowania tych wszystkich materiałów do siebie, a zarazem wyznaczenia im miejsca w całokształcie psychopatologii.

---

<sup>1)</sup> Według referatu wygłoszonego na XIV Zjeździe Psychiatrów Polskich w Krakowie dn. 19.V.1934.

<sup>2)</sup> Dla przykładu zacytuję tu stanowisko *Weizsäckera*, który w ostatniem wydaniu „Podręcznika chorób wewnętrznych” *Meringa* z r. 1929 podaje jedynie ogólną naukę o nerwicach i pisze w niej: „wszystkie nerwice są ze sobą jaknajściślej spokrewnione, wszystkie są jednakowo tylko rozwiązaniem tego samego problemu”.



Chcąc zdać sobie sprawę z możliwości klasyfikacyjnych w tej dziedzinie, należy sobie przedewszystkiem uprzytomnić celem uniknięcia nieporozumień, co to jest zaburzenie reaktywne, jak można rozumieć w psychopatologii słowo „reakcja”. O ile reakcje badane w zakresie psychologii normalnej przedstawiają przeważnie odpowiedzi na pewne bodźce zewnętrzne stosunkowo proste, o tyle reakcje, jakie pragniemy ustalić na drodze badania klinicznego w psychopatologii, występują w związku z bodźcami przeważnie bardzo skomplikowanymi, wyjątkowo tylko dającymi się wyodrębnić w sposób izolowany, często trudnymi do pochwycenia i do określenia. Wiemy, że *Bonhoeffer* mówi o reakcjach egzogenicznych wszędzie, gdzie psychoza jest zależna od przyczyn przenikających z zewnątrz, jak się to dzieje przy urazach, przy zakażeniu, albo też od przyczyn tkwiących w ustroju tak, jak uremja, eklampsja czy diabetes. *Bumke* w swoim podręczniku chorób umysłowych z r. 1924 uważa wszystkie psychozy objawowe, intoksykacyjne i organiczne, nie wyłączając schizofrenji i padaczki, za egzogeniczne postacie reakcyj psychicznych. Reakcja egzogeniczna, o której mówi *Bonhoeffer* czy *Bumke*, jestto zatem reakcja psychiczna na zmiany w mózgu czy organizmie — na jakąś zasadniczą zmianę fizjologicznych warunkowań psychiki. *Schneider* nazywa reakcję tę biologiczną.

W podobnie szeroki sposób pojmując reakcję w psychiatrii, przeciwstawia *Bumke* postaciom egzogenicznym (organicznym) reakcyj psychicznych ogromną dziedzinę usposobień psychopatycznych, reakcyj psychopatycznych i przebiegów czy rozwojów psychopatycznych, mając na myśli reakcję neurasteniczną, nerwowość konstytucjonalną, reakcje psychogeniczne, konstytucję histeryczną i inne oraz reakcje depresyjne czy urojeniowe. Jak widzimy zatem, psychiatra ten używa tego słowa „reakcja” także w stosunku do niektórych zaburzeń, jakie dają się spostrzegać poza egzogenicznymi reakcjami psychicznymi i które interesują nas tu przedewszystkiem. Mogłoby się komu zdawać, że nazwa „reakcja endogeniczna”, jako przeciwieństwo reakcyj egzogenicznych będzie najwłaściwsza dla wyodrębnienia tych reakcyj psychopatycznych, psychogenicznych czy neurastenicznych. Termin ten jednak przy jego bliższem rozważeniu mógłby się stać wobec powyższej utartej już terminologii powodem nieporozumień i wymagałby uzupełnienia. Reakcja egzogeniczna *Bonhoeffera* czy *Bumkego* jest bowiem w pewnym sensie także reakcją endogeniczną, a w reakcjach psychopatycznych, neurastenicznych czy psychogenicznych od-



grywają w pewnym rozumieniu rolę zarówno czynniki egzogeniczne, a więc wszelkiego rodzaju szkodliwości zewnętrzne, otoczenie czy sytuacje życiowe, jak i czynniki endogeniczne — konstytucja czy usposobienie dziedziczne.

Ustalenie warunków powstania zaburzenia reaktywnego nie da się, jak z tego stanu rzeczy wynika, zazwyczaj w sposób ścisły przeprowadzić. Jeśli chcemy zatem pochwycić to, co w tych reakcjach psychopatycznych, neurastenicznych czy psychogenicznych jest dla nas w chwili obecnej najbardziej istotne, to musimy podkreślić poza ich egzogenicznością czy endogenicznością przedewszystkiem ich charakter czynnościowy-funkcjonalny, a więc fakt, że nie potrafimy ich przy dzisiejszym stanie wiedzy wyprowadzić z jakichś dla wszystkich oczywistych, z nimi tylko związanych zmian organicznych mózgu czy ustroju mimo to, że badania w tym kierunku ustawicznie są prowadzone. Poza tą cechą przeważnie negatywną daje się dziś jednak pochwycić także pewien rys pozytywny tych zaburzeń, który daje się stwierdzić przedewszystkiem na drodze psychologicznej i który pozwala na tej właśnie drodze na dalsze różniczkowanie tych stanów. Większość zaburzeń reaktywnych i ich objawów daje się opisać i rozumieć jedynie na podstawie badania stanu psychicznego i dzieje się tak nawet w tych przypadkach, w których przypuszczamy ich pochodzenie somatyczne. Zwraca przytem uwagę fakt, że bardzo często w zaburzeniach reaktywnych, o których mamy tu mówić, występuje wyraźny ich związek z różnego rodzaju przeżyciami psychicznymi, powodowanymi przez takie czy inne katastrofy, przeciwności w życiu zawodowym czy erotycznym, pozbawienie kogoś wolności, wojnę, nadmiar wysiłku, brak pracy czy inne czynniki podobne. Udział tych przeżyć zwanych przyczynami psychicznymi wyciska na nich swoje piętno. Naogół można powiedzieć, że o ile w reakcjach psychicznych egzogenicznych mamy pośród innych zaburzeń do czynienia także ze zmianami psychicznymi, o tyle w reakcjach psychopatycznych, neurastenicznych czy psychogenicznych mamy w pierwszej linii zaburzenia psychiczne.

Jak widzimy zatem, w stanach psychicznych reaktywnych, o których mowa, nie mamy całkowitego przeciwieństwa z zaburzeniami psychicznymi traktowanymi przez *Bumkego*, jako egzogeniczne reakcje psychiczne. Wśród zaburzeń psychicznych reaktywnych możemy zatem wyodrębnić mimo ich częstego wzajemnego kombinowania się ze sobą i wynikających stąd trudności ich rozgraniczenia dwie grupy zasadnicze. Jedną, którą potrafimy na-



wiązać do reakcyj psychicznych egzogenicznych *Bonhoeffera* i *Bumkego* i której przypadki mogą być traktowane z pewnego stanowiska także, jako reakcje psychiczne na zaburzenia cielesne, a więc stany zbliżające się do tego, co nazywa się egzogeniczną reakcją psychiczną, i drugie, które przy najdokładniejszym i wszechstronnem badaniu wykazują w pierwszej linii związek z temi czy innemi przeżyciami psychicznymi i których nie potrafimy wyprowadzić ze stanów somatycznych.

Jako przykład zaburzenia psychicznego reaktywnego pierwszej grupy należy wymienić przedewszystkiem dość powszechnie uznawany stan reaktywny, zwany reakcją neurasteniczną, a więc zespół zmniejszonej sprawności, zwiększonej pobudliwości i wrażliwości, o którym mówi *Stertz*, że jestto „być może najlżejsza postać egzogenicznego uszkodzenia mózgu”. Przez reakcję tę rozumiemy jednak dzisiaj coś zupełnie odmiennego od tego, co opisał w r. 1880 *Beard* jako jednostkę chorobową pod nazwą neurastenji, którą rozumiał jako następstwo wyniszczających wpływów cywilizacji współczesnej. Z biegiem czasu okazało się bowiem że to, co przez popularne słowo „neurastenja” rozumiano, było bardzo wieloznaczne, że obejmowano niem stany bardzo różnorakie i że z tego powodu wymaga ono jaśniejszego określenia. Przedewszystkiem wyłoniła się konieczność odróżnienia nerwowości konstytucjonalnej czy neurastenji konstytucjonalnej, jak niektórzy mówili, od neurastenji właściwej — od „wyczerpania nerwowego”. W dalszej tendencji do dokładniejszego określenia reakcji neurastenicznej wiązano ją z wyczerpaniem wynikającym z wysiłków i pracy. *Hauptmann* zacieśnił jej pojęcie najbardziej, uważając ją za odczyn człowieka zasadniczo zdrowego, „którego układ nerwowy ulega przemijającemu, uleczalnemu zaburzeniu czynności wskutek nadmiernego czynnego zaangażowania”. W rzeczywistości nie da się jednak ściśle wyodrębnić zaangażowanie układu nerwowego aktywne od biernego, zależnego od cielesnego wyczerpania, bezsenności i t. d. Niemal każde zaburzenie cielesne łączy się też w jakiś sposób z zaburzeniami ze strony układu nerwowego, które mogą się nam wydawać identyczne. Mamy tu więc przed sobą szereg możliwości i przejść od reakcji neurastenicznej, zależnej od zwiększonej czynności do reakcji neurastenicznej, związanej z zaburzeniami wewnętrznego wydzielania, zatruciami (alkohol), chorobami zakaźnymi (grypa, tyfus, angina, kiła) czy z początkiem jakichś nieuleczalnych organicznych chorób mózgu (porażenie postępujące, miażdżyca).

Jak wynika z tego stanu rzeczy, naogół rozpoznanie reakcji



neurastenicznej nasuwa liczne trudności i stawia nam szereg odpowiedzialnych pytań, na które nie zawsze z łatwością możemy udzielić odpowiedzi. Przemęczenie i wyczerpanie same przez się wyjątkowo tylko bywają przyczyną cięższych reakcji neurastenicznych, stają się one nią zazwyczaj dopiero łącznie z działaniem afektów. Wielkie doświadczenie wojenne dowiodło wielkiej odporności układu nerwowego przeciwko ujemnym działaniom zewnętrznym znużenia i przekonało nas, że długotrwałe działanie silnych bodźców i spełnianie ciężkich i niebezpiecznych zadań nie zawsze prowadzi do rozwoju reakcji neurastenicznej. Fakt, że reakcja neurasteniczna występowała częściej u oficerów, niż u żołnierzy, świadczy, że nie tyle odgrywa tu rolę wysiłek sam przez się, ile poczucie odpowiedzialności, praca w naprężeniu i ogólne nastawienie indywidualne. W związku z tem *Hellpach* traktuje neurastenję, jako zaburzenie związane z usamodzielnianiem się i wzięciem na siebie odpowiedzialności.

Reakcja neurasteniczna nie wyczerpuje jednak zaburzeń psychicznych reaktywnych, które mogą być w pewnem znaczeniu rozumiane jako reakcje na zaburzenia cielesne. Doświadczenie kliniczne stwierdza poza reakcją neurasteniczną, szereg innych zaburzeń, które także noszą mniej lub więcej wyraźne piętno reakcji ogólnie biologicznej i które mimo to, że powstają za pośrednictwem stanów psychicznych przedstawiają rodzaj reakcji zbliżającej się do egzogogenicznego typu reakcji psychicznej, ponieważ stany somatyczne odgrywają w nich rolę zasadniczą. Sądzę, że wśród zawiłych obrazów klinicznych, z jakimi się spotykamy najczęściej, należy wyodrębnić poza rzadko spotykaną reakcją neurasteniczną, jako typowe zaburzenia uwarunkowane swoistą budową i właściwościami organizmu ludzkiego — stany ostrej reakcji afektywnej i stany reakcji lękowej.

Stan ostrej reakcji aktywnej mamy możność spostrzeżać w następstwie bezpośredniego działania czynników, wywołujących silny i nagły afekt, przerażenie, wstrząs psychiczny, szeroko ujęty uraz psychiczny. Należy tu więc zaliczyć to, co znane jest w piśmiennictwie, jako nerwica z przerażenia (*Schreckneurose*), zespół występujący po silnych wzruszeniach (*le syndrome post-émotionnel*), stany obojętnej uczuciowości czy porażenia uczuciowości występujące przy wstrząsach psychicznych, stany zamroczenia czy osłupienia, zespół objawów nerwicowo-naczynioruchowych, t. z. *shock*, stany depresji, wybuchów i tym podobne stany zjawiające się pod wpływem i mniej lub więcej bezpośrednio po działaniu wydarzenia



wstrząsającego. W ostrej reakcji afektywnej sprawa tocząca się według praw fizjologii i biologii wdziera się niejako do świadomości i opanowuje ją.

W stanach reakcji lękowej mamy do czynienia raczej z następstwami ostrej reakcji afektywnej albo też z czynnikami bardziej przewlekłej natury takiego czy innego pochodzenia. Należy przypuszczać, że podłoże somatyczne tej reakcji stanowią jakieś trudne dzisiaj do pochwycenia stany zaburzeń cielesnych związanych z sytuacją chorego. Bezprzedmiotowy, nie wiążący się z żadnym określonym przedmiotem lęk stanowi zasadniczy objaw chorobowy. Stan ten odpowiada temu, co szereg autorów (*Hecker, Freud, Hartenberg* i inni) opisuje jako nerwicę lękową.

Tej ostatniej reakcji, która w czystej postaci występuje stosunkowo rzadko, ale, według mego przeświadczenia, znacznie częściej, niż reakcja neurasteniczna muszą poświęcić kilka uwag. Lęk w reakcji tej może występować z szeregiem zaburzeń cielesnych w zakresie oddychania, krążenia, unerwienia naczynioruchowego, czynności gruczołów, z drżeniem, rozwolnieniem, zawrotami głowy, wzmożeniem apetytu, z których niektóre chory podkreśla przedewszystkiem jako „zadyszkę”, „kurcz serca”, napad „pocenia się” czy „wilczy głód”, odsuwając na plan dalszy uczucie lęku, traktując je jako złe samopoczucie czy coś podobnego. Zespół objawów w napadach lęku może być u poszczególnych chorych bardzo różnorodny, tworząc szczątkowe napady lękowe albo ich równoważniki, w których lęku prawie, że nie ma. Zdaniem mojem w przypadkach ostatnich dużą rolę odgrywa niechęć niektórych chorych przyznania się do lęku.

Niewątpliwie trudno jest w tej dziedzinie ze względu na terminologiczny chaos o dokładną statystykę. Wspomnę tu jednak, że były mój asystent ś. p. dr. *Stanisław Limanowski*, zestawiając materiały 154 neurotyków, którzy zgłosili się do polikliniki neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego w r. 1924 (na ogólną sumę chorych poliklinicznych tego roku 407), wyodrębnił wśród materiału tego 52 nerwice lękowe, 33 nerwice lękowe skombinowane z objawami histerycznymi, 35 histeryj i 34 przypadki lęków sytuacyjnych, natręctw czy innych nieokreślonych bliżej nerwic, z których część miała także objawy nerwicy lękowej. Być może statystyka ta jest wynikiem naszego zbyt jednostronnego wówczas nastawienia, niemniej zasługuje ona, zdaniem mojem, na szczególną uwagę, brak w niej bowiem z jednej strony neurastenji, z drugiej podkreśla ona natomiast ważność w obrazie nerwicowym, a więc w obrazie klinicznym pewnego



typu zaburzeń psychicznych reaktywnych — stanu lękowego — określonego wyżej jako reakcja lękowa.

Z punktu widzenia patogenezy podkreślano rolę opuszki i nerwu błędnego w tem zaburzeniu. *Freud* uważa je za wynik braku zaspokojenia popędu płciowego z tych czy innych powodów, za następstwo daremnego podrażnienia płciowego. Na podstawie wspomnianej wyżej (nieogłoszonej) statystyki *Limanowskiego*, a także na podstawie własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że stosunkowo często stwierdza się reakcję lękową w przebiegu długiego narzeczeństwa, po jego zerwaniu, przy nadmiernem życiu płciowym, onaniźmie i zboczeniach popędu płciowego, rozłączeniu się z tych czy innych powodów małżeństwa, w warunkach przymusowej abstynencji, niemożności zajścia w ciążę czy niemocy płciowej. Poza temi sytuacjami związanemi z życiem płciowym spotyka się jednak także reakcję lękową w warunkach wystawiających raczej instynkt samozachowawczy na ciężkie próby, że wymienię tu tylko brak rodziców, ich zbytnią surowość, obawę redukcji, ciężkie warunki materialne, niepowodzenie, śmierć osób drogich, zgryzoty zawodowe czy niezadowolenie z pracy. Spostrzeżenia moje zgadzają się pod tym względem z poglądem *Janeta*, który pisze, że „odczyn na niepowodzenie odgrywa w niepokoju rolę zasadniczą”. Powołuje się on zresztą już na *Férégo* i *Séglasa*, którzy zauważyli w uczuciu niepokoju zahamowanie życzenia. „Niepokój, pisze *Janet*, towarzyszy odczynowi niepowodzenia doznanemu z powodu jakiejkolwiek bądź czynności i jest on mniej lub więcej intensywny zależnie od wagi czynności zahamowanej. Wydaliśmy wielką bitwę dla obrony ojczyzny, bitwę przegraliśmy, uczucie, którego doświadcza żołnierz, to niepokój. Przygotowywaliśmy się do egzaminu, spełniliśmy nasze zadanie, dowiadujemy się, że nas odrzucono, zjawia się niepokój. Walczymy przy łóżku chorego dziecka, próbowaliśmy wszystkiego i śmierć się zbliża, odczuwamy niepokój. Bez wątpienia to zasadnicze uczucie niepokoju nabiera różnych odcieni, kiedy staje się wyrzeczeniem, rezygnacją czy rozpaczą”. Podobnie *Mc Dougall* widzi w niepokoju działanie niezaspokojonego dążenia. „Subiektywnie może się ono przejawiać poprostu jako rodzaj lęku, niepokój czy niezadowolenie; czujemy niejasno, że coś nam brakuje, że potrzebujemy czegoś nieokreślonego. U wielu z nas występuje stan ten, kiedy coś nam przerwało jakąś czynność i nie ukończyliśmy jej”. (*The Energies of Men. William Mc. Dougall. Methuen & Co. Ltd. London.*). Ze swej strony dodam, że reakcja lękowa może występować nie tylko z powodu tych czy innych przeszkód, jakie się wyłaniają



w toku rozwoju osobniczego, ale także z powodu zbyt małej pracy i niedostatecznie czynnego życia, z powodu niedopracowania, jakby powiedział *Shaw*. Jest to, być może, reakcja ludzi zdrowych cieleśnie, których energia ulega zastojowi i nie zostaje zużyta. Jest to przypuszczenie, które można przeciwstawić dość rozpowszechnionemu pogładowi o szkodliwości nadmiernej pracy.

Można sobie postawić pytanie, czy poza trzema wymienionymi reakcjami niema innych, zbliżających się do egzogenicznego typu reakcji psychicznej, czy nie należałoby wyodrębnić jeszcze reakcji depresyjnej, reakcji wybuchowej, depersonalizacji (*Federn*), a więc stanu, w którym chory ma to wrażenie, że zarówno świat zewnętrzny, jak i jego własne stany psychiczne stały mu się obce, i który wydaje się poprzedzać różne zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim czy nie należałoby jeszcze wydzielić reakcji hipochondrycznej, w której na plan pierwszy występuje wzmożona samoobserwacja, lęk o zdrowie i zmiany w odczuwaniu własnego ciała. Sądzę jednak, że stany te w lekkiej postaci stanowią raczej domieszkę wydzielonych trzech reakcyj biologiczno-somatycznych, o ile wysuwają się one natomiast na pierwszy plan, szukać w nich należy raczej jakiejś głębszej anomalji psychopatycznej czy innych zaburzeń reaktywnych, do których przejdziemy w dalszym ciągu.

W przeciwstawieniu do powyższych trzech reakcyj, które słusznie ze względu na ich ścisły związek z zaburzeniami fizjologii ustroju ludzkiego można już dzisiaj uważać za wypływające z podłoża somatycznego i nazwać przez wzgląd na ich bezpośredni związek z jakimś egzogenicznym czynnikiem etiologicznym także aktualnymi<sup>1)</sup>, należy wyodrębnić drugą kategorię zaburzeń psychicznych reaktywnych, które wprawdzie muszą mieć także jakieś podłoże somatyczne, ale podłoże to jest dla nas dzisiaj nieznanne, które wykazują natomiast przede wszystkim pewien charakterystyczny sposób ustosunkowania się do przeżyć psychicznych i dają się ująć w pierwszej linii jako wynik działania wpływów psychicznych. Rozpoznanie ich może sprawiać trudności zwłaszcza tam, gdzie są one czynnikiem dodatkowym, gdzie komplikują one, jak się to bardzo często zdarza, jakieś znane nam czy przypuszczalne zaburzenie somatyczne i gdzie w żadnym razie nie dadzą się one z nich wy-

<sup>1)</sup> Jak wiadomo *Freud* nazywa neurastenję, nerwicę lękową i hipochondrję nerwicami aktualnymi w przeciwstawieniu do nerwic przeniesieniowych, w których zwraca uwagę związanie uczuciowe z przeszłością — przeniesienie uczuć na osoby z otoczenia, a więc czynniki nieaktualne.



prowadzić. Ze względu na narzucający się naszej uwadze związek zaburzeń reaktywnych z przeżyciami — z przyczynami psychicznymi — nazwano je także reakcjami „zrozumiałymi”. *Jaspers* określa je mianowicie jako reakcje, „których treść pozostaje w zrozumiałym związku z przeżyciami, które nie wystąpiłyby bez przeżycia i które w swoim przebiegu zależne są od przeżycia i jego związków”. Sądzę jednak wraz z *Hellpachem* i *Schneidrem*, że przy analizie tej kategorii zaburzeń psychicznych reaktywnych ważny jest nietylko związek „zrozumiały” między przeżyciem a treścią reakcji psychicznej, ile ich związek przyczynowy. Niewątpliwie bowiem związek „zrozumiały” między przeżyciem a treścią reakcji nie zawsze, a w każdym razie nieod razu daje się stwierdzić, wymaga często zestawienia treści samego odczynu z całokształtem życia badanego i zawsze należy się liczyć z możliwością reakcji „nieświadomej”, a co najważniejsza, zależy nam przedewszystkiem na ustaleniu tego, co w zaburzeniu psychicznym reaktywnym jest zależne przyczynowo od przeróbki psychicznej przeżycia afektywnego i co wraz z usunięciem czy opanowaniem przyczyny może ustąpić.

Niema ustalonego ogólnie przyjętego terminu dla określenia całokształtu zaburzeń reaktywnych tej kategorii. *Braun* obejmuje zaburzenia te nazwą reakcyj „psychogenicznych”, *Bleuler* mówi w nich o reakcjach „psychopatycznych”. *Schneider* posługuje się w podobnym znaczeniu pojęciem „anormalnej reakcji psychicznej”, *Jaspers* nazywa reakcje te „patologicznymi”, a *Homburger* słowem „reakcje sytuacyjne” podkreśla ich zależność od otoczenia i sytuacji. Myślę, że nazwa „anormalnych reakcyj psychicznych” proponowana przez *Schneidera* dla wszystkich omawianych tu zaburzeń psychicznych reaktywnych nadaje się przedewszystkiem do tych zaburzeń psychicznych reaktywnych, które nie noszą piętna zaburzeń aktualnych, nie dają się wyprowadzić z żadnych stanów somatycznych i wykazują w pierwszej linii związek z przeżyciami psychicznymi. Przy bliższem rozważeniu tych anormalnych reakcyj psychicznych tak rozumianych okazuje się jednak, że pod względem swej budowy przedstawiają one stany różnorakie, że z jednej strony mogą one zależeć w większym stopniu od psychicznego wpływu otoczenia, z drugiej strony natomiast może w nich przeważać czynnik endogeniczny, a więc usposobienie wrodzone i dziedziczne. Te ostatnie zaburzenia reaktywne mogą stanowić przejście ku stanom traktowanym jako osobowości psychopatyczne. O ile zatem dla grupy zaburzeń psychicznych reaktywnych zależnych



przede wszystkim od wpływu psychicznego otoczenia wydaje się słusznym termin „reakcyj psychogenicznych”, a więc na drodze psychicznej powstałych, o tyle zaburzenia psychiczne reaktywne, w których skłonność do swoistego reagowania na działania zewnętrzne jest wynikiem raczej anomalji usposobienia i konstytucji, winno się, zdaniem mojem, nazywać „reakcjami psychopatycznymi”. Pozwoli nam to zaliczyć do normalnych reakcyj psychicznych stany, które zasługują na wydzielenie ich z działu osobowości psychopatycznych, jak fobie czy natręstwa myślowe. Uważam utopienie tych stanów w grupie osobowości psychopatycznych, jakie spotykamy w niektórych klasyfikacjach (*Schneider, Kahn*), ze względu na niewątpliwie spostrzeganą w ich przebiegu reaktywność<sup>1)</sup> za nieuzasadnione. Zadaniem naszym w stosunku do tych stanów winno być właśnie ustalenie stopnia i rodzaju reaktywności.

Pojęcie „psychogeniczności” wprowadzone przez *Sommera* dla analizy zbyt nieokreślonych zaburzeń obejmowanych mianem hysterji wchłonęło w siebie przede wszystkim wiele z zakresu t. zw. hysterji. Nie usunęło ono jednak całkiem pojęcia zaburzenia histerycznego i okazało się z biegiem czasu pojęciem bardziej ogólnem, przekraczającym zakres zaburzeń histerycznych.

*Reichardt* pisze w sprawie rozróżnienia reakcji psychogenicznej od histerycznej „zaleca się ograniczyć nazwę „reakcji psychogenicznej” wyłącznie do tych przypadków, w których zaburzenie cielesne albo niezwykle stan psychiczny (*seelischer Ausnahmestand*) powstaje z oczekiwania chorego, że może tego zaburzenia dostać (*Bumke*). Przy wystąpieniu tego zaburzenia odgrywają zatem zasadniczą rolę skierowane w pewien określony sposób uczuciowo silne wyobrażenia. O ile oczekiwanie pacjenta, że zachoruje na to cierpienie, łączy się z życzeniem zachorowania lub życzenie to przeważa (o ile istnieje zatem szczególne dążenie albo motyw celu zmierzającego do przedstawienia choroby), można wtedy zaburzenie nazywać „histerycznem” (reakcją histeryczną), wybrać zatem określenie węższe”. Jest to opinia większości autorów idących za *Bonhoefferem* (*Hauptmann, Kretschmer, Poenitz, Wollenberg* i inni).

Stanowisku temu można jednak zarzucić, że podobne rozgraniczenie reakcji psychogenicznej od histerycznej na podstawie istnienia celu w chorobie nie jest w praktyce łatwe do przeprowadzenia. Niewątpliwie przejrzyste były pod tym względem objawy histeryczne

<sup>1)</sup> *S. Borowiecki*. Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach. *Rocznik Psychjatriczny* 1932. Zesz. XVIII — XIX.



spotykane u żołnierzy w czasie wojny. Wyzwolone przez silne wstrząsy fizyczne i psychiczne, zmęczenie i trudy wszelkiego rodzaju, chroniły one osobnika chorego przed niebezpieczeństwami i zapewniały mu pozycję korzystniejszą od zdrowych. Stąd występowanie reakcyj histerycznych częstsze od reakcyj neurastenicznych wśród żołnierzy — ludzi bardziej zależnych, jak podkreśla *Hellpach*, rzadsze wśród oficerów, wśród których przeważa reakcja neurasteniczna. W następstwie swych dolegliwości histerycznych zarówno dziecko, jak człowiek dorosły — żona w stosunku do męża, mąż w stosunku do żony, pracownik w stosunku do swej władzy — mogą stać się z istot pomijanych, upośledzonych i zaniedbanych przedmiotami szczególnej troskliwości i opieki. Ta mimowolna celowość objawów histerycznych skłoniła *Kretschmera* do zestawienia ich z reakcją pierwotną t. zw. udawania śmierci (czyli braku ruchu) i stanu odwrotnego zwiększonej ruchliwości, którą nazywa on burzą ruchową, a więc ze stanami spotykanymi w chwilach niebezpieczeństwa u niektórych zwierząt. Jest to dzisiaj powszechnie wiadome, że cechą znamioną reakcyj histerycznych jest nie tylko to, że powstają one wskutek pewnych przeżyć psychicznych, ale także to, że stany psychiczne podtrzymują je i sprawiają, jeśli się przyjrzymy tym zaburzeniom na tle całego życia i osobowości, że stanowią one rodzaj broni w walce życiowej. Ustalenie tej celowości w reakcji histerycznej nastrocza jednak często wielkie trudności. Sądzę zatem, że w pierwszej linii należy uważać za charakterystyczne dla reakcyj psychogenicznych zwanych dawniej histerycznymi łatwość ich powstawania pod wpływem wyobrażeń o chorobie. Może to być lęk, który służy pewnym objawom za pożywkę, ale może tkwić w nich równocześnie mniej lub więcej świadome życzenie — ucieczka w chorobę przed sytuacją trudną do zniesienia. Odpowiada to pierwotności reakcji psychogenicznej tej kategorii i magicznemu myśleniu o chorobie, jakie się w nich przejawia i łączy w jedno wyobrażenia różne i często sprzeczne. Wieloznaczność tych reakcyj powstałych pod wpływem wyobrażeń o chorobie utrudnia rozróżnianie reakcji psychogenicznej od histerycznej w rozumieniu *Reicharda*.

Nieco sztucznem wydaje mi się też ograniczenie pojęcia hysterji przyjęte przez *Schneidera* i *Bluma* sprowadzające ją do „anormalnych reakcyj psychicznych w sferze cielesnej”, powstałych pod wpływem psychicznym i przez wpływ ten podtrzymywanych. Skoro cała dziedzina ta wraz z zaburzeniami psychicznymi charakteru psychogenicznego pewnej kategorii zwanej dawniej histerycznymi da



się bez zarzutu, jak podkreśla sam *Schneider*, ująć ze stanowiska anormalnych reakcyj psychicznych i skoro kładzie się nacisk na samą reakcyjność pewnych stanów, uważam za pożyteczne rozpatrywanie wszystkich tych zaburzeń, mimo ich wielkiej różnorodności, raczej z jednolitego stanowiska. Niewątpliwie łatwość powstawania zaburzeń psychogenicznych pod wpływem wyobrażeń o chorobie sprawia, że najczęściej występują w reakcjach tych objawy cielesne imitujące najróżnorodniejsze choroby cielesne. Wyobrażenia te mogą dotyczyć choroby cielesnej, mogą się jednak czepiać także zaburzeń psychicznych, stąd i zespoły w tych reakcjach spotykane mogą być cielesne, ale mogą być także psychiczne. Poza powstającymi zatem na drodze psychicznej i przez stany psychiczne, podtrzymywanymi objawami cielesnymi spotykamy więc reakcje w postaci napadów psychogenicznych, stanowiących przejście od objawów cielesnych do psychicznych, psychogeniczne stany zamroczenia, majaczenia i osłupienia.

Z punktu widzenia rozpoznawczego w przypadkach świeżych występujących ostro narzuca się więc konieczność odróżnienia tych zaburzeń psychicznych reaktywnych psychogenicznych od ostrej reakcji uczuciowej, która, jak już wspominałem, może wywoływać zaburzenia psychiczne niejako odruchowo bez pośrednictwa stanów psychicznych. Jest to zadanie często nie do przeprowadzenia. Jakkolwiek bowiem zaburzenia psychogeniczne tego typu mogą zjawiać się dopiero w dłuższy przeciąg czasu po działaniu ostrego afektu (*période de méditation Charcota*), mogą one jednak wystąpić bardzo prędko po działaniu urazu psychicznego. Zaburzenia te, zwane dawniej „psychozami histerycznymi” czy „obłędem histerycznym”, traktowane są dzisiaj jako „reaktywne zaburzenia świadomości”.

Nie mogę tutaj przedstawiać reaktywnych zaburzeń świadomości w sposób wyczerpujący. Zaznaczę jedynie, że są to stany, na których wyobrażenia, marzenia, lęk i życzenie wyciska szczególne piętno, stany przedstawiające szereg przejść od życia na jawie do życia we śnie i stanach zamroczenia. Są to więc stany snu i osłupienia, a z drugiej strony stany majaczenia i zamroczenia. Stany te mogą się łączyć z napadami psychogenicznymi, ale mogą też występować od nich niezależnie. Możemy w zaburzeniach tych obserwować napady szału, sceny erotyczne, podniecenia lękowe, jak i pogodne stany zachwyty ekstatycznego. W majaczeniach zwraca uwagę nastawienie wielkościowe lub też — odpowiadające naiwnej chęci uchodze-



nia za umysłowo chorego — majaczenie o gwałtownej wewnętrznej przemianie — o staniu się np. zwierzęciem czy dzieckiem.

We wszystkich psychogenicznych zaburzeniach świadomości stwierdza się daleko idącą zależność obrazu klinicznego i jego trwania od sytuacji życiowej. Obraz ten rozpatrywany na tle otoczenia i życia chorego przedstawia cechy obrony — ucieczki w chorobę — celem uzyskania jakichś korzyści życiowych. Stąd wśród niesłychanej różnorodności reaktywnych zaburzeń świadomości na szczególne podkreślenie zasługuje reaktywne zaburzenie zwane zespołem *Gansera* i stany otępienia rzekomego. Wspomnę tu odrazu, że, jak uczy doświadczenie, rozpoznawanie w przypadkach tych reaktywnych stanów schizofrenji czy chorób umysłowych połączonych z otępieniem, jak porażenia postępującego, otępienia starczego czy padaczkowego należy niestety do bardzo częstych omyłek diagnostycznych.

Zespół *Gansera* albo inaczej *Ganserowski* stan zamroczenia opisał *Gansera* u więźniów śledczych. Ludzie ci produkują w sposób systematyczny same niemożliwości i różnią się temsamem od innych chorych umysłowo. Objawy tego zespołu odpowiadają ich wyobrażeniom o chorobie umysłowej. Charakterystyczny jest dla tych stanów objaw wymijania pytań, który już w r. 1888 scharakteryzował w bardzo trafny sposób *Moeli*: „Wprawdzie odpowiedź jest fałszywa, ale sens jej odnosi się do pytania i dowodzi, że poruszony został krąg wyobrażeń słusznych”.

Zespoły *Ganserowskie* bez wyraźnych granic przechodzą w stany przewlekłe, przy których nie tyle wchodzi w grę różniczkowanie ze stanem zamroczenia, ile z otępieniem, stąd ich nazwa używana przez *Wernickiego* i innych: otępienie rzekome — pseudodementia. Cechą najbardziej istotną tych stanów jest mniej lub więcej kompletny brak najelementarniejszych wiadomości u ludzi, których zachowanie się jest najzupełniej poprawne i nie budzi podejrzenia co do tego braku. Zarówno zespół *Ganserowski* jak i otępienie rzekome zjawiają się jednak nie tylko u więźniów czy osób zawikłanych w przykry dla nich proces sądowy. Obserwujemy je także w innych warunkach życiowych sprzyjających ich powstaniu. Stosunkowo często stwierdza się je przy ocenach zdolności do pracy osób ubezpieczonych, przy nerwicach urazowych, u urzędników znajdujących się w konflikcie ze swymi przełożonymi i t. d.

Odróżnienie stanów psychogenicznych typu zespołu *Gansera* i otępienia rzekomego, a więc stanów powstających w głębszych



warstwach psychicznych, od symulacji, której punktem wyjścia są najwyższe warstwy świadomości, następcza niepokonane trudności. Świadome i dowolne produkowanie objawów chorobowych, a więc chęć oszukania, przechodzi w nich bowiem bez wyraźnych granic w zaburzenie niezależne od woli — automatyczne — psychogeniczne. W każdym bądź razie nawet stwierdzenie symulacji nie wyklucza zaburzenia psychogenicznego czy innego, a stosowane w okulistyce i otjatrii sposoby wykrywania symulacji są równocześnie sposobami stwierdzania objawów psychogenicznych. To też nawet mając przed sobą przypadek podejrzany o symulację, winniśmy zawsze przede wszystkim stawiać sobie pytanie, ile w danym obrazie klinicznym jest zaburzenia organicznego, a więc aktualnej reakcji somatycznej, w jakim stopniu uważać go możemy za reakcję psychogeniczną i w jakim stopniu stopniu za symulację.

Ciekawy przyczynek do rozpoznania różniczkowego między stanem otępienia rzekomego a symulacją miałem możność obserwować wspólnie z prof. *Horoszkiewiczem* u psychopaty fanatycznie zazdrośnego o swą żonę, z którą nie żył on od dłuższego czasu. Człowiek ten z rewolwerem w ręku wtargnął do jej mieszkania i zabił w nim dwoje ludzi, a ją zranił. Kiedy badanie sądowo-lekarskie uważaliśmy już za ukończone, wystąpiła u badanego zmiana, którą uznaliśmy w pierwszej linii za psychogeniczny stan otępienia rzekomego. Za szczególnie godny podkreślenia uważam fakt, że stan ten wystąpił u niego już po przeprowadzeniu śledztwa i badania sądowo-lekarskiego i po złożeniu wyczerpujących zeznań co do samego przestępstwa. Mimo obronny charakter podobnego zachowania się trudno tu myśleć o symulacji obmyślanej w celu wprowadzenia w błąd badających, zwraca tu bowiem w pierwszej linii uwagę bezcelowość jego stanowiska. Przeciwno rozpoznaniu symulacji w tym przypadku przemawiał też fakt, że zmiana stanu psychicznego wystąpiła tu mimo złagodzenia sytuacji zewnętrznej, a mianowicie mimo zamiany postępowania doraźnego na postępowanie zwykłe. W każdym bądź razie za słuszne uważam twierdzenie *Bumkego*, że pytanie, czy w jakimś przypadku zachodzi symulacja czy choroba, jest kwestią moralną, a jego sformułowanie lekarskie winno właściwie brzmieć: „W jakim stopniu badany zdaje sobie sprawę ze swych objawów i z możliwości ich wyzbycia się i usunięcia?”

Z własnej praktyki dotyczącej otępienia rzekomego pragnąłbym zaznaczyć, że wydaje mi się tu bardzo ważne zachowanie się



badanego nie tylko przy badaniu, ale także wobec własnej rodziny: żony i dzieci. Podobieństwo tego zachowania się w rodzinie i przy badaniu (trudne zresztą do stwierdzenia) przemawia przeciwko symulacji. Dalej chciałbym tu zaznaczyć, że obserwowałem stan otępienia rzekomego po ciężkim wstrząsie mózgowym z następowym stanem zamroczenia, a w dalszym przebiegu z zespołem amnestycznym u człowieka, który równocześnie wykazywał w płynie wyrażnie powiększoną ilość białka (0,056% w 10 miesięcy po urazie) tudzież lekką pleocytozę. W innym przypadku stanowi otępienia rzekomego towarzyszyły prócz zmian płynowych w 5 miesięcy po wstrząsie mózgowym, jeśli nie pęknięciu podstawy czaszki, obustronne osłabienie słuchu i obustronna skłonność do występowania objawu *Oppenheima*. Spostrzeżenia te potwierdzają wypowiedziane wyżej zdanie, że w każdym przypadku winniśmy być nastawieni na objawy różnych kategorii, że objawy psychogeniczne i somatyczne nie wykluczają się wzajemnie, lecz przeciwnie mogą obok siebie współistnieć.

Wyliczone dotychczas zaburzenia psychiczne nie wyczerpują jednak według większości autorów reakcyj psychogenicznych. Wszędzie, gdziekolwiek mamy do czynienia z wysuwającą się na plan pierwszy rolę przeżyć, należy się liczyć z możliwością reakcyj psychogenicznych. *Schneider* wyodrębnia wśród anormalnych reakcyj psychicznych:

- 1) anormalne stany wzruszeniowe (przerażenie, strach, depresję),
- 2) reaktywne urojenia (przy obłędzie pieniaczym, u osób senzytywnych, fantazje urojeniowe więźniów, urojenia ułaskawienia u dożywnych skazańców, urojenia prześladowcze ludzi głuchych czy izolowanych przez mowę lub urojenia narzucone przez otoczenie),
- 3) reaktywne zaćmienia świadomości (rozszerzenie psychiczne, zespół *Gansera*).

Zaburzenia reaktywne pierwszej i trzeciej kategorii rozpatrzyliśmy wyżej, pozostały nam zatem do omówienia reakcje drugiej kategorii podziału *Schneidera* <sup>1)</sup>, a więc reaktywne urojenia.

<sup>1)</sup> *Braun* w dążeniu do „wypracowania abstrakcyjnych typów” przeciwstawia wśród reakcyj psychogenicznych reakcje osobowości jak:

- 1) reakcja depresyjna,
- 2) reakcja eksplozyjna,
- 3) napady, stany zamroczenia, osłupienia i fugi,
- 4) objawy cielesne,

reakcjom na otoczenie, wśród których wylicza:



Do grupy tej należą przede wszystkim przypadki, w których przeżycia stanowią nie tylko treść, ale przyczynę urojeń, w których bez danego przeżycia nie rozwinęłyby się żadne urojenia <sup>2)</sup>. Urojenia reaktywne mogą jednak w znacznym stopniu zależeć od usposobienia i konstytucji, stąd możliwość płynnych przejść od urojeń reaktywnych do urojeń rozwijających się samorzutnie z przyczyn wewnętrznych. Różnego rodzaju urojenia reaktywne wylicza wyżej klasyfikacja *Schneidera*, nie będę się zatem nad nimi szerzej rozwodził, przypomnę jedynie opisaną przezemnie wspólnie z prof. *Błachowskim* epidemję widzeń i zachwytów, jako przykład zaburzeń narzucenych. Poza tem chciałbym zwrócić uwagę na stany, połączone z lękiem i urojeniami prześladowczemi oraz urojeniem odnoszenia do siebie u ludzi, odbywających dalekie podróże, a nie oswojonych z ich trudami, a więc ludzi izolowanych. Niewątpliwie prócz izolacji dużą rolę w powstawaniu tych zaburzeń należy przypisać trudom podróży, brakowi snu i wygłodzeniu. Brak dokładnych wywiadów i katamnez nie pozwolił mi tych przypadków zanalizować dokładnie, niemniej ostry wybuch zaburzeń psychicznych w czasie podróży nasuwał mi w tych przypadkach przede wszystkim myśl o zaburzeniu reaktywnem. Zaburzenia podobne o dobrej prognozie opisał *Allers* i *Herschmann* u żołnierzy w otoczeniu obcojęzycznym, a *Schneider* u matki i 3 córek emigrujących do Ameryki.

1) przerażenie, strach, oczekiwanie.

2) hipochondrję, epitymję (przez reakcję epitymiczną rozumie *Braun* rodzaj „katatymji” *H. W. Maiera*—jej odrębną postać, której główną sprężyną jej afektywnego działania jest nawpółświatome, niesformułowane życzenie pozostania czy wydania się ze względu na jakąś określoną korzyść chorym), symulację,

3) skutki izolacji i zakażenia psychicznego.

Klasyfikacja ta wprawdzie pomaga nam przeprowadzić analizę reakcyj psychogenicznych, wymaga jednak wiele omówień teoretycznych, któremi zresztą uzupełnia ją sam *Braun*. Sama przez się podkreśla ona niedostatecznie różnicę między reaktywnymi zaburzeniami psychicznymi aktualnymi a innymi nieaktualnymi. Ze względów tych obrałem sobie za punkt wyjścia swych rozważań raczej prostszą cję *Kurta Schneidera*, która posiada jednak ten sam defekt.

<sup>2)</sup> Dla przykładu tej zależności urojeń reaktywnych od przeżyć, od sytuacji i od otoczenia zacytuję tu urzędnika, lat 48, u którego stwierdziłem w początku roku 1927 osobowość psychopatyczną z nastawieniem i urojeniami pieniaczemi uniemożliwiającemi mu pozostawanie w służbie, który natomiast w roku 1934, a więc w szereg lat po spensjonowaniu go, nie wykazywał żadnych urojeń pieniaczych. Sytuację tego człowieka zmieniła z jednej strony emerytura, z drugiej rozwój ciężkiego przewlekłego cierpienia cielesnego o charakterze spondylitis deformans ze znacznem skrzywieniem kręgosłupa.



Zastanawiać się można, czy wyliczone tu urojeniowe zaburzenia reaktywne słuszniej jest nazywać reakcjami psychogenicznymi czy psychopatycznymi. Otóż ze względu na często bardzo znaczny udział usposobienia w rozwoju tych stanów uważam, że dla wielu wśród grupy reaktywnych zaburzeń urojeniowych nadaje się lepiej nazwa „reakcje psychopatyczne” używana przez *Bleulera*. Słuszne wydaje mi się zatem rozróżnianie wśród reakcyj urojeniowych reakcyj psychogenicznych; zależnych w pierwszej linii od otoczenia i reakcyj psychopatycznych, zależnych w większym stopniu od konstytucji i usposobienia. Do tych ostatnich należą, zdaniem mojem, także fobie (lęki sytuacyjne) i natręctwa myślowe.

Umieszczenie tych stanów w niektórych klasyfikacjach wśród osobowości psychopatycznych nie liczy się z rzeczywistością kliniczną i przekreśla z mozołem zdobyte doświadczenie kliniczne, które wskazuje, że stany te winny być rozpatrywane nie tylko z punktu widzenia konstytucji i usposobienia, ale także ze stanowiska reaktywności. Wystarczy uprzytomnić sobie znaczną poprawę, jeśli nie wyleczenie, spostrzegane w niektórych przypadkach w związku z leczeniem, aby uznać reaktywność tych stanów za niewątpliwy fakt kliniczny.

Streszczając swe rozważania, proponowałbym więc następującą klasyfikację najważniejszych zaburzeń psychicznych reaktywnych.

I. Zaburzenia psychiczne reaktywne aktualne, wpływające z podłoża somatycznego:

- 1) reakcja neurasteniczna,
- 2) ostra reakcja afektywna,
- 3) reakcja lękowa.

II. Zaburzenia psychiczne reaktywne nieaktualne, zależne od przeróbki psychicznej przeżyć afektywnych:

1) reakcje psychogeniczne:

- a) reakcje psychogeniczne w sferze cielesnej,
- b) napady psychogeniczne,
- c) psychogeniczne zaburzenia świadomości,
- d) reaktywne urojenia zależne przede wszystkim od otoczenia.

2) reakcje psychopatyczne:

- a) reaktywne urojenia zależne także od usposobienia,
- b) fobie,
- c) natręctwa myślowe.



Reakcje psychogeniczne trzech pierwszych grup (a, b, c) odpowiadają zaburzeniom zwanym dawniej histerycznemi.

Klasyfikacja ta, jak każda zresztą klasyfikacja, jest wbrew konkretnej rzeczywistości klinicznej tylko oderwanym schematem usiłującym ogarnąć mnogość najbardziej wyrazistych obrazów klinicznych spostrzeganych w zakresie zaburzeń psychicznych reaktywnych. Wartość jej polega na tem, że staje się ona drogowskazem przy badaniu pojedynczych przypadków z tej dziedziny. Biorąc rzecz historycznie, można powiedzieć, że klasyfikacja ta w odróżnieniu od klasyfikacyj dawniejszych jest nietyle opisowa, ile psychopatologiczna. Powstała ona pod znakiem rozbioru t. zw. nerwic, w świetle z różnych stron narastającego, coraz to bogatszego materiału klinicznego. W tym sensie jest ona kontynuowaniem dzieła zapoczątkowanego przez *Babińskiego*, a polegającego na rozczłonkowaniu hysterji, i prac innych wydzielających także z neurastenji zespoły do niej nie należące. Zakres zjawisk klinicznych, obejmowanych przez ten podział, przekracza jednak dziedzinę stanów określanych dawniej jako neurastenja czy hysterja i wkracza z konieczności z jednej strony w pogranicza osobowości psychopatycznych, z drugiej strony zbliża się ku egzogenicznym postaciom reakcyj psychicznych, a więc ku właściwym psychozom.

Z konieczności w klasyfikacji tej obywaliliśmy się bez wieloznacznego słowa „nerwica” czy „psychonerwica”, nie używaliśmy też rozpoznania „neurastenja”, „hysterja”, „nerwica urazowa”, „nerwica wojenna”, „nerwica odszkodowawcza” czy „psychoza więzienia”. Z jednej strony obrazy te nie istnieją jako ściśle odgraniczone jednostki chorobowe, z drugiej jest dla nas ważniejsza klasyfikacja zaburzeń nie według czynników wyzwalających je, lecz według ich budowy. Omówione wyżej zaburzenia psychiczne reaktywne wyjątkowo tylko występują w postaci czystej, zwłaszcza rzadko daje się stwierdzić czyste reaktywne zaburzenie aktualne. To ostatnie stanowi najczęściej podłoże do rozwoju reakcyj psychogenicznych, czy psychopatycznych, które zmieniają i zacierają obraz reakcji pierwotnej. Wynika stąd konieczność wyświetlenia kombinacji różnych zespołów. Rozpoznanie „nerwica urazowa” nie mówi nam zgoła nic o budowie i temsamem o ciężkości zaburzenia, wykazanie natomiast w danym zespole pourazowym udziału składników zaburzenia reaktywnego aktualnego, wynikających z dotknięcia przebiegów fizjologicznych (ostrej reakcji afektywnej, spowodowanej przez uraz, reakcji na wstrząs mózgowy i t. d.), psychogenicznej (reakcji na odszkodowanie), psychopatycznej (zależnej od usposobienia) i wreszcie ewent.



udziału świadomej agravacji czy symulacji daje solidne podstawy do jego oceny.

#### PIŚMIENICTWO.

*Birnbaum K.*: Soziologie der Neurosen 1933. Springer. *Bleuler E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. IV. Auflage. Springer. *Blum K.*: Hysterie, Handbuch der Psychiatrie v. Aschaffenburg. B. Spez. Teil. 7. Abt., 2. Teil, 2. Hälfte. *Blachowski S.* i *Borowiecki S.*: Epidemja psychiczna w Słupi pod Środą. Rocznik Psychjacyjny. 1928. Zeszyt VII. *Borowiecki S.*: Histerja ze stanowiska myślenia pierwotnego. Neurologia Polska 1926. Zesz. III i IV. Tenże.: Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach. Rocznik Psychjacyjny. 1932. Zesz. XVIII — XIX. *Braun E.*: Psychogene Reaktionen. Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke. Spez. Teil, Erster Teil. 1928. *Bumke O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924. *Fribourg-Blanc.*: Psychonevroses de guerre. Les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux des combattants. Rapport à la VI<sup>e</sup> session du Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires. La Haye. Juin. 1931. Tenże.: Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique. Congrès des Aliénistes et Neurol. de France etc. Masson. 1931. *Janet P.*: De l'angoisse à l'extase. Les sentiments fondamentaux. Paris. Alcan. 1928. *Kahn E.*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke. Spez. Teil. Erster Teil. 1928. *Reichardt M.*: Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der sogenannten Entschädigungsneurosen. 1932. Springer. *Schneider K.*: Die psychopathischen Persönlichkeiten, Handbuch der Psychiatrie v. Aschaffenburg. B. Spez. Teil. 7. Abt. 1. Teil. Tenże. Die abnormen seelischen Reaktionen. Ibidem. B. Spez. Teil. 7. Abt. 2. Teil. 1. Hälfte. *Schultz J. H.*: Die konstitutionelle Nervosität. Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke. Spez. Teil. Erster Teil 1928. *Sommer R.*: Diagnostik der Geisteskrankheiten. Urban & Schwarzenberg. 1901. *Stertz G.*: Die neurasthenische Reaktion. Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke. Spez. Teil. Erster Teil. 1928. *Wizel A.*: O cierpieniach psychicznych reaktywnych albo psychopochodnych. Lekarz Wojskowy. Rok II. Nr. 50. 1921.



## MECHANIZM POWSTAWANIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH REAKTYWNYCH.

podał

DR. MAURYCY BORNSTAJN.

Dusza nie jest odmianą ciała, ale nie mogłaby być bez ciała; dusza nie jest ciałem, ale jest czemś należącym, lub odnoszącym się do ciała.

*(Arystoteles).*

Od chwili kiedy dziecko odczuwać zaczyna swą odrębność od otoczenia, kiedy uświadamiać sobie zaczyna zrazu mglisto, później coraz wyraźniej, że świat otaczający to jedno, a ono samo — to coś innego, od tej chwili podlega wpływom tego otoczenia i reaguje na nie. Przed nastaniem tego okresu też reagowało, ale inaczej — czyto fizycznie, refleksyjnie i automatycznie; teraz pośród automatyzmów i odruchów przeziierać zaczyna moment psychiczny, spowity jeszcze w mgłę popędowości, ale stanowiący już tworzywo dla ukształtowania się afektywności osobnika i jego charakteru. To podłoże popędowo-afektywne stanowi ontogenetyczne uzupełnienie dla cech odziedziczonych po przodkach i wraz z nimi stanowi to, co nazywamy konstytucją. Jeżeli rozwój dziecka w tem wczesnem dzieciństwie nie ulega zahamowaniom, jeżeli popędowość jego udaje się bez większego trudu uzgodnić z nakazami wychowawczemi, jeżeli stosunek dziecka do najbliższego otoczenia układa się bez załamań w psychice dziecka, bez urazów i konfliktów, to można mieć nadzieję, że wyrośnie człowiek t. zw. normalny, to jest do życia i jego wymogów przygotowany. W przeciwnym razie, kiedy tło popędowo-afektywne zawiera skazy, załamania, kiedy podlega wstrząsom, których wychowanie nie potrafi zatrzeć, to należy się spodziewać, że człowiek z taką konstytucją psychobiologiczną wejdzie w życie nieodzbrojony do walki z jego przeciwnościami, że raczej im ulegnie i stanowić będzie materiał, w którym znajdzie odpowiednie podłoże



nerwica, psychoza o charakterze afektywnym, albo wreszcie zaburzenie psychoreaktywne. Różnica między t. zw. normą a konstytucją psychopatyczną uwydatnia się najjaskrawiej w reaktywnych zaburzeniach psychicznych, t. j. w tych zaburzeniach, które są bezpośrednim wynikiem przeżyć o ujemnem zabarwieniu afektywnem. Osobowość zwarta, normalna t. j. taka, w której podłoże popędowo-afektywne zostało niejako ujarzmione, podporządkowane wyższym władzom psychicznym, zdoła mimo ciężkich przeżyć, mimo wstrząsów, po chwilowem zawahaniu się, wrócić do swego pionu; osobowość psychopatyczna załamie się i ulegnie zaburzeniu psychicznemu, które nazwiemy reaktywnem, ale tylko wtedy, kiedy związek tego zaburzenia psychicznego z przeżyciem będzie bezsporny, kiedy to przeżycie stanowi punkt wyjścia dla całego zaburzenia. To stanowi właśnie rys charakterystyczny dla zaburzenia reaktywnego w porównaniu z psychonerwicą zwykłą lub psychozą wewnątrzpochodną. O ile w tych ostatnich zaburzeniach punkt ciężkości spoczywa w podłożu, w konstytucji, w dyspozycjach, zaś przeżycie stanowi tylko moment prowokujący, wyzwalaający, jest tylko tą iskrą, która wpada w beczkę, naładowaną prochem, o tyle w zaburzeniach reaktywnych przeżycie samo gra rolę pierwszorzędą, patogenną, jest punktem krystalizacyjnym, dookoła którego grupują się objawy psychotyczne, z którego czerpią swoją treść i istotę, bez którego byłyby nie powstały. Jedynie kształt tych zaburzeń, ich obraz zewnętrzny uzależniony jest od podłoża konstytucyjnego. Przeżycia ludzkie, które zdolne są wywołać reakcję psychiczną, bądź normalną, bądź patologiczną, są przeważnie jednakie i niezbyt różnolite: przestrasz, utrata drogiej, bliskiej osoby, zawód miłosny, zdrada, obraza, utrata majątku lub posady i t. p. — oto najczęstsze urazy psychiczne, którym podlegamy wszyscy. A sposobów reagowania na te urazy może być i jest nieprzeliczone mnóstwo, zależnie od podłoża, na które padają. Nawet pośród normy rozpiętość tej skali reaktywnej jest olbrzymia: każdy człowiek ma swój własny, jemu tylko właściwy sposób reagowania, zawsze uzależniony, mówiąc najogólniej, od ustosunkowania się sfery popędowo-afektywnej do wyższych, intelektualnych, poznawczych władz psychicznych. Dotyczy to zarówno intensywności reakcji, jak czasu jej trwania, jej charakteru, jej przejawów zewnętrznych. *Kahn* odróżnia dwa główne typy reakcji indywidualnej: jeden typ reaguje zawsze w jednakowy sposób bez względu na charakter przeżycia; drugi — przeciwnie — reaguje rozmaicie, zależnie od treści przeżycia psychicznego; pozatem istnieje ogromne mnóstwo



typów pośrednich. Te ostatnie są oczywiście najczęstsze. Nie sądzę, ażeby ten podział był specjalnie trafny. Można by raczej ująć różnice w reagowaniu, biorąc pod uwagę przeżycie i indywidualność osobnika w ten sposób, że:

1) wielka intensywność i nagłość przeżycia może zrównać w reagowaniu rozmaite typy indywidualne; widzimy to np. podczas katastrof: pożaru, trzęsienia ziemi, katastrofy kolejowej lub na morzu;

2) przeżycia zwykłe, przebiegające bez wstrząsów gwałtownych, o których wspominaliśmy, zabarwiają wszelką reakcję psychiczną głównie na jeden ton dominujący, t. j. na ton depresyjny (wyjątkowo występować mogą, jako reaktywne, stany manjkalne);

3) trwanie reakcji zarówno normalnej, jak patologicznej, jej rozbudowa i aspekt zawsze uzależnione są od podłoża konstytucyjnego.

Weźmy przykład najprostszy z dziedziny reakcji psychorodnej normalnej: jak reaguje na śmierć osoby ukochanej człowiek o typie psychicznym, skłonny do samotności, do cichego, skupionego przeżywania, a jak na to samo reaguje drugi o typie ekspansywnym, syntonicznym. Pierwszy milknie przez czas dłuższy nie chce nikogo widzieć, z nikim rozmawiać, odsuwa się od życia; drugi — bywa często bezpośrednio po śmierci tej drogiej osoby podniecony, mówi o niej dużo, chciałby mieć dookoła siebie jaknajwięcej ludzi bliskich, z którymi mógłby rozmawiać o swojej stracie, o przeżyciach swoich z osobą, która odeszła, przeżywa odnowa całe życie, snuje wspomnienia i t. d. *Ceteris paribus* — konstytucja kładzie swe piętno na rodzaj reakcji, której trwanie również jest od niej uzależnione; w pierwszym przypadku reakcja trwać będzie dłużej, w drugim — krócej, albowiem syntoniczność drugiego typu nie pozwoli na przedłużanie nadmierne żałoby i odosobnienia. Powiadam — *ceteris paribus*, bo wchodzą tu jeszcze w grę i inne czynniki, poza czysto konstytucyjnymi: rasa, wiek, rozwój umysłowy, przebyta infekcja, długotrwała bezsenność, — czynniki o charakterze dyspozycyjnym, które nadają reakcji psychicznej swoiste zabarwienie. Wielobarwność i różnolitość reakcyj, pozostających w obrębie normy, przeradza się już niemal w chaos, kiedy przechodzimy stopniowo drogą długiego szeregu odcieni ku zdecydowanym już reakcjom patologicznym.

Zadaniem naszym będzie zorientować się w miarę sił i środków w tym chaosie przejawów reaktywnych i w chaosie opinii uczonych na ich patogenezę i mechanizm powstawania. Jeżeli gdziekolwiek, to tu właśnie, w dziedzinie zaburzeń psychicznych reaktyw-



nych, w tych skrótach psychotycznych, w tym mikrokosmosie psychopatycznym, uwydatnią się jak najjaskrawiej sprzeczne opinie, panujące w współczesnej nauce psychiatrycznej, kulminujące w dylemacie: „bio-somato-geneza czy psychogeneza”, czy też inne teorie, zmierzające ku pogodzeniu obu kierunków i anulowaniu tego dylematu.

\*                      \*

Jeżeli człowiek normalny smutne, ciężkie przeżycia swoje względnie szybko likwiduje wewnętrznie i wraca do życia z raną zabliznioną, od czasu do czasu tylko krwawiącą, to dzieje się to z dwu powodów, o których przy rozważaniu reakcji patologicznej pamiętać będziemy musieli. Po 1-e dlatego, że na odziedziczoną lub wrodzoną zdrową konstytucję biologiczną, a po 2-e dlatego, że rozwój jego osobniczy nie napotkał specjalnych przeszkód we wczesnym i późniejszym dzieciństwie, że konflikty swoje wówczas zdołał bez większych śladów zlikwidować i dzięki temu uzgodnił swoje życie podświadome ze świadomem. Tu głównie leży źródło jego odporności na przeciwności życiowe, jego zdolność świadomego przetrwania jakiegoś ciosu, który nań spada w życiu. W przeciwstawieniu do tej t. zw. normy konstytucji neuro- lub psychopatyczne reagują na przeżycia anormalnie, wykazują reakcję patologiczną nie tylko dlatego, że przynieśli z sobą na świat konstytucję biologiczną wadliwą w sensie, powiedzmy, słabego układu wegetatywnego, naczynioruchowego lub gruczołowego, ale w dużej mierze i dlatego, że jego przeżycia dziecięce, jego ustosunkowanie się do rodziców w najwcześniejszym dzieciństwie, nie zostały należycie zlikwidowane, że nie były doszczętnie stłumione, ale tylko dotłumione, że pozostały szczyrby, skazy, załamania, które przy nowym przeżyciu mogą i muszą się odezwać i wpłynąć na charakter, aspekt i trwanie reakcji. I reakcja ta, tak samo, jak psychonerwica, w charakterze swoim zdeterminowana będzie przez momenty psychobiologiczne, odpowiadające temu okresowi rozwoju dziecka, w którym nastąpiło zahamowanie. Zapoznavanie tego faktu jest błędem, który pokutuje w rozważaniach wszystkich niemal autorów, którzy zajmowali się i zajmują zarówno sprawą psychonerwic, jak i reakcji patologicznych. A błąd ten wynika z niedokładnego zdawania sobie sprawy z istoty koncepcji psychoanalitycznych, głównie dwu zasadniczych pojęć: regresji i tłumienia. Niezrozumienie i nieporozumienie polega na tem, że o ile tłumienie jest pojęciem psychologicznym, to regresja jest pojęciem czysto biologicznym, że przeto odwoływanie się do momentów filogenetycznych w celu uzasadnienia bio-



logicznego podłoża lub mechanizmu danej reakcji patologicznej jest zbędne; w ontogenezie osobnika mieści się nietylko psycho-, ale i biogeneza.

Ale nie zabiegajmy zbyt napróżd. Przyjrzyjmy się na przykładach żywych rozmaitym reakcjom patologicznym i wtedy drogą indukcji przejdziemy do uogólnień. Napróżd jednak musimy kilka słów poświęcić reakcjom patologicznym, o których już wspominaliśmy, reakcjom masowym, podczas katastrof żywiołowych, kolejowych, morskich, podczas pożarów i t. d.

Paniczny strach, paniczne przerażenie... Paniczny — od greckiego wyrazu „Pan”, oznaczającego bożka stad zwierzęcych. Ludzie, którzy znaleźli się w podobnej sytuacji katastrofalnej, wszyscy niemal reagują jednakowo: biegną przed siebie, wykonywują mnóstwo niepotrzebnych ruchów, są jeżeli nie zupełnie zamroczeni, to zamięczeni, czasami zamiast reakcji ruchowej widzimy bezruch, osłupienie. Wyrażenie popularne mówi: „ludzie potracili głowy” — i wyrażenie to trafia w samo sedno sprawy. „Potracili głowy”—to znaczy: nie potrafiały myśleć, zastanawiać się, wyższe ośrodki zostały jakby za jednym zamachem kompletnie sparaliżowane, a nawierzch wypęły mechanizmy biologicznie najniższe, instynkty stadowe, odruchy, odziedziczone po przodkach zwierzęcych. Reakcjom tym podlegać mogą jednostki nawet zwartej, skonsolidowanej skądinąd osobowości, albowiem siła wstrząsu oraz sugestia tłumu zachwiać mogą najbardziej odporną psychiką. Oczywiście, że i tu uwydatnić się mogą pewne różnice indywidualne, zależne od rozwoju ontogenetycznego, i odpowiednio zabarwić owe mechanizmy czysto biologiczne. Podczas takich wielkich katastrof dysocjacja psychiczna między władzami umysłowymi i afektem może wyglądać jeszcze inaczej: następuje t. zw. porażenie emocjonalne, t. j. nagle odszczepienie się sfery afektywnej, podczas kiedy zdolność postępowania rozważnego pozostaje jakby zachowana. Ludzie wykazują w takich razach zupełną obojętność uczuciową na to, co się dzieje wokoło nich, co normalnie powinno byłoby wywołać najżywsze afekty, a obok tej afektywnej obojętności poruszają się bezustannie, coś robią, ale ruchy te pozbawione dopływu afektywnego czynią wrażenie automatycznych, niecelowych.

Reakcje podobne opisywali *Stierlin* (katastrofa górnicza w Courrières), *Bonhoeffer*, *Kleist*, *Hoche* (podczas napadu lotniczego) i inni.

*Bonhoeffer* obstaje przy zdaniu, że takie porażenie emocjonalne, które nazewnątrz wyraża się w zblednięciu, drżeniu i t. d., uwarunkowane jest czysto cielesnie, naczynioruchowo i wła-



ściwie nie ma nic wspólnego z istotną reakcją przerażeniową, którą opisywał *Kleist*; tę ostatnią uważa w  $\frac{3}{4}$ -ych *Bonhoeffer* za reakcję historyczną, a więc raczej psychologicznie uwarunkowaną.

Trudno jest z pewnością ustalić, ile w takiej reakcji jest elementu cielesnego, ile psychicznego, który jest wtórny, który pierwotny. Jedno można tylko powiedzieć, że w takim porażeniu emocjonalnem (jak zresztą i w panicznej ucieczce) widać jakąś immanentną celowość, chęć nagłego odgrodzenia się od wpływów afektywnych, które mogłyby zaszkodzić wobec katastrofy, grożącej życiu. Ale tu znów wątpliwość, czy ta celowość jest jakimś mechanizmem biologicznym, filogenetycznie odziedziczonym, czy też nieświadomym, ale osobniczym. Z taką immanentną celowością reakcji psychopatologicznej spotykać się będziemy ciągle na przestrzeni dzisiejszych naszych rozważań, albowiem każda reakcja psychogeniczna jest wyrazem bądź ucieczki od ciężkiego przeżycia, zamknięcia się w sobie, czyto przez stan depresyjny, czy przez odgrodzenie się od nieznośnej rzeczywistości w stanie pomrocznym (histerja), który często, choć niezawsze, tę rzeczywistość neguje i przetwarza, czy też przez stan rozszczenia psychicznego, jaki zobaczymy u osobników schizoidalnych.

Przechodzimy do naszej kazuistyki, którą postaramy się przedstawić w najzwięźlejszych, najtreściwszych skrótach.

### *Reakcja depresyjna.*

H. W., lat 30, osoba o dużej kulturze, uczuciowa, wrażliwa, raczej zamknięta w sobie, uparta. Pochodzi z rodziny neuropatycznej, brat jeden odebrał sobie życie. Umiera drugi brat po dłuższej chorobie; do niego była specjalnie przywiązana. Ta śmierć załamuje ją zupełnie. Odosabnia się całkowicie od ludzi, nawet od rodziny, widuje tylko od czasu do czasu niektórych członków rodziny, zwłaszcza dzieci zmarłego brata, kiedy są chore i trzeba je pielęgnować. Nic nie robi, nic nie czyta, leży całymi dniami na kanapie. Tylko jedną rzecz spełnia z punktualnością i całkowitem zaparciem się siebie: codziennie zrana ubiera się w ciężką żałobę i jeździ na cmentarz, gdzie spędza godziny całe (do 3 — 4 pp.) na grobie brata, — po powrocie kładzie się lub chodzi po pokoju. *Trwa to już od kilku lat niezmiennie,*

Krótko, ale jakże wymowna historia.

Mamy tu do czynienia z typową depresją reaktywną o charakterze niewątpliwie patologicznym u osoby z konstytucją raczej schizoidalną, która nigdy w życiu żadnych stanów depresyjnych nie przechodziła.

Jaki jest mechanizm psychologiczny tej depresji? Ze śmiercią brata straciła wszystko: nie chce żyć, jeżeli on nie żyje; nie odbiera sobie życia ze względu na matkę może, ale skazuje się na powolne



obumieranie. Spędza większą część dnia na cmentarzu, przy jego grobie żywi nic ją nie obchodzą. Ona sama jest sobie też całkowicie obojętna. Żyje życiem wegetatywnym, słania się jeszcze, jak upiór, „na świecie jeszcze, lecz już nie dla świata”. W ten sposób utożsamia się z utraconym bratem, którego wchłonęła w siebie; jej jaźń własna żyje w jego cieniu, który padł na nią i przykrył ją doszczętnie. Jest to mechanizm psychologiczny, wykryty i opisany przez *Freuda* w jego pięknej pracy „O żałobie i melancholji”, mechanizm, dzięki któremu daje się wyrozumić stan psychiczny chorej. Należy zwrócić uwagę, że w tym przypadku, zupełnie zresztą wyjątkowym, depresja ta wykazuje pewne cechy, które powiązać trzeba ze schizoidalną konstytucją pacjentki: jest w tym obrazie klinicznym obok intensywności afektu, pewna sztywność i ceremonijność; niewątpliwie wyglądałaby reakcja inaczej u osobnika z konstytucją syntoniczną, ze skłonnością do żywszej fluktuacji afektywnej. Celowość tej reakcji jest tu podwójna: stanowi nie tylko ucieczkę od nieznośnego ciosu, jaki ją spotkał, ale jednocześnie w treści zaburzenia realizuje w pewnej mierze nawiązanie zerwanego przez los stosunku.

### *Reakcja histeryczna.*

II. 27-letnia C. U. przywieziona została do szpitala w stanie silnego podniecenia psychoruchowego, zupełnie nieprzytomna, rzuca rękami i nogami w ten sposób, że 3-ch mężczyzn musi ją przytrzymywać na kanapie w izbie przyjęć, aby nie spadła.

Badanie chorej następnego dnia na oddziale wykazało co następuje: leży z zamkniętymi oczami, chwilami jęcząc, chwilami wymawiając jakieś niezrozumiałe wyrazy, przyczem znajduje się w nieustannym ruchu i rzuca się tak gwałtownie, że trzeba chorą przywiązywać do łóżka w obawie, żeby nie spadła. Ruchy (prawie wyłącznie po stronie prawej) mają charakter mieszany, po części płasawiczy, po części wrzekomo dowolny, chwilami bije się prawą ręką po twarzy. Zupełnie nieprzytomna, nie wykonywa żadnych zleceń. Tętno 120, miękkie, miarowe.  $T^{\circ}$  37,4. Badanie układu nerwowego nie wykazuje żadnych cech cierpienia organicznego. Na ukłucie szpilką reaguje naogół słabo, może z lewej strony nieco mocniej, niż z prawej. W nocy chora była przez pewien czas przytomna, pytała, gdzie jest, co się z nią stało i czy będzie mogła pracować; mówiła, że pracuje w przytułku przy ul. Płockiej, skarżyła się, że tam jest bardzo ciężko pracować, że nie chciała żyć. Koleżanka, która odwiedziła wczoraj chorą, opowiedziała siostrze oddziałowej, że choroba wybuchnęła nagle po załargu ze starszą siostrą.

Następnego dnia chora w dalszym ciągu zamroczone i nieprzytomna, wydaje nieartykułowane dźwięki, pośród których odróżnić można najczęściej: „aja”, „aja”. Ruchy kończynami mniej gwałtowne, mają charakter bardziej dowolny, wzmagają się wyraźnie podczas badania.

Jak wynika z karty oddziału wewnętrznego, na którym chora leżała przed miesiącem, w ciągu paru tygodni, z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc, chora przed 3 laty nagle zaniemówiła, co trwało 2 tygodnie, poczem straciła na 2 tygod-



nie słuch i również na 2 tygodnie w ręk; leżała wówczas przez 3 miesiące w szpitalu dla nerwowo chorych w Łodzi.

Stan pomroczny chorej minął po paru dniach, pozostała tylko przez pewien czas niemożność samodzielnego chodzenia z powodu dziwnego stawiania prawej stopy oraz drżenie prawej ręki, płaczliwość. Jest przytomna, odpowiada dobrze na pytania; wie, gdzie się znajduje, ale co się z nią dzieło, pamięta mgliście. Jest mężatką; mąż uciekł do Rosji, ona urodziła dziecko i była karmicielką w przytułku na Płockiej; siostra oddziałowa była bardzo niedobra, płacze, kiedy mówi o tem, dziecko tam pozostało.

Chora stopniowo zaczęła się poprawiać, chód też wrócił do normy. Kiedy po paru tygodniach lekarz oddziału zapowiedział chorej, że będzie wypisana, chora nazajutrz wykazuje nanowo stan pomroczny, w którym zachowuje się jednak inaczej, niż za pierwszym razem: przez cały dzień nic nie mówi, na żadne pytania nie odpowiada, tylko gwizdże i śpiewa naprzemiennie, przeważnie jedną i tę samą melodię, tańczy. Trwa to przez tydzień cały bez zmiany. Pewnego dnia gwizdanie i śpiew ustają, chora jednak w dalszym ciągu zamroczona mówi podczas badania co następuje:

„Ja chcę dziecko, oddajcie mi moje dziecko, ja proszę o dziecko, ja nic nie chcę wiedzieć, więc muszę mieć dziecko, przez ciebie nie mam dziecka, dlatego ja muszę mieć dziecko, ja muszę mieć swoje dziecko; ja tylko mam jedno, 2, 8, 4 — dziecko. Nic nie chcę wiedzieć, ja jestem dziecko, ja muszę mieć dziecko, bo p. intendent, więc ta stara małpa przeklęta chce zabrać moje dziecko, ja nie potrzebuję, żeby ona go karmiła, bo ja mam 500, 800, 2400 gr. pokarmu; ja jestem spokojna kobieta, żebym ja miała swoje dziecko, rozumie pan, to jest mój najdroższy skarb. Jak mi p. intendent (ordynator) da moje dziecko, to ja zaraz pojadę raz, dwa, trzy, cztery, pięć — pojadę, bo to jest moje dziecko. Jak mi pan intendent nie chce dać mego dziecka, to niech pan idzie na zbity łeb z dzieckiem, ja tylko muszę mieć moje dziecko" i t. d.

Chora jest dziś przytomna, ale awanturuje się często, zaczepia inne chore, mówi pretensje do wszystkich, chce pójść na Płocką, jednocześnie obiecując, że rozprawi się z siostrą. Jest już 4-ty miesiąc na oddziale.

Uzasadniać nie trzeba, że mamy do czynienia z typowym stanem pomrocznym histerycznym o charakterze wybitnie reaktywnym.

Mechanizm psychologiczny tego zaburzenia psychicznego jest jasny, immanentna jego celowość również daje się łatwo wyrozumieć. Kobieta, pozostawiona przez męża bez żadnych środków do życia, z małym, dzieckiem, pracuje w przytułku dla dzieci. Nie wie, co z nią będzie, gdzie się podzieje, kiedy z przytułku wyjdzie. Chce tę chwilę decydującą usunąć jaknajdalej, nie ma innej rady, jak zachorować z powodu wrzekomych krzywd, doznanych od siostry oddziałowej, wrzekomych, dlatego, że jak wykazały wywiady, żadnych zatargów z siostrą przedtem nie było. Zachorowuje, odgradza się od rzeczywistości zasłoną stanu pomrocznego, później nie może chodzić, a kiedy się zapowiada wypisanie, a więc znów stanie przed nią twarda rzeczywistość, z którą poradzić sobie nie bę-



dzie umiała, wpada w stan powtórnego zamroczenia, w którym zrazu konstruuje beztroskę, jako przeciwstawienie twardej swojej doli, identyfikuje się z dzieckiem, śpiewa i gwizdże, a teraz w sposób iteratywny pośród zamroczenia żąda zwrotu dziecka, które rzekomo jej zabrali. Pierwszy stan pomroczny chorej wykazuje napierwszym planie szal ruchowy (*Bewegungssturm* — *Kretschmera*). Z tej sposobności pragnę skorzystać, ażeby omówić pokrótce poglądy *Kretschmera* na histerję i reaktywne zaburzenia histeryczne. Jak wiadomo *Kretschmer* wypowiada w książce swojej temu tematowi poświęconej, poglądy, które, powiedzmy zgóry, zamiast wyjaśniać, zaciemniają i gmatwają i tak już zawikłaną sprawę objawów histerycznych i mechanizm ich powstawania. Nie mogę tu wszystkiego dokładnie rozstrząsać, powiem tylko, że, wczytując się w tę rozprawę, pisaną zresztą, jak zwykle u tego autora, z dużym talentem literackim przychodzę do wniosku, że niektóre koncepcje, dotyczące wyładowań ruchowych, lub osłupienia w histerji, zawierają dużo słuszności, albowiem zwracają uwagę na te preformowane, odziedziczone od przodków zwierzęcych mechanizmy, które tu w histerji pod wpływem wstrząsu psychicznego wychodzą na jaw. Poglądy *Kretschmera* natomiast o aparatach woli, jego podział na „wolę celową”, t. zw. przez niego mechanizmy „hypobuliczne”, określenie zmienionych stanów świadomości przez t. zw. „hyponoję”—wszystko to razem jest parafrazą koncepcyj psychoanalitycznych, jest raczej przetłumaczeniem ich na język fizjologiczny, upstrzony nb. neologizmami, ale przyznam się, że dobrą rzecz wolę czytać w oryginale, niż w najlepszym nawet tłumaczeniu. Niektóre rzeczy w teorii *Kretschmera* są wprost mylne. Mówi on o histeryczkach, że ich popęd płciowy jest infantylny, niedokształcony i jednocześnie dodaje, jakby spłacając daninę psychoanalizie, że „często” napotyka się nierozwiązane konflikty dziecięce o charakterze seksualnym. Rzeczy wzajem sobie podrzędne uważa *Kretschmer* za współrzędne: bo przecież ten niedokształcony rozwój płciowy jest właśnie funkcją owych niezlikwidowanych konfliktów seksualnych dzieciństwa. Ale to tylko w nawiasie. Jeżeli rozpatrzymy nasz przypadek w świetle teorii *Kretschmera*, to pierwszy stan pomroczny z gwałtownem podnieceniem ruchowem podpadałby pod określenie „burzy ruchowej”, wyzwolonego reaktywnie mechanizmu biologicznego, preformowanego i odziedziczonego. Mechanizm ten — trzeba o tem pamiętać — wydobyty jest z pod nawarstwień neoencefalicznych przez impuls psychiczny, przez podświadomy konflikt, który jest promotorem całego obrazu, a korzysta tylko — i to niezawsze — (nawet



u jednego i tego samego osobnika) z owych prastarych, odziedziczonych, gotowych w pewnych wyjątkowych warunkach do wybuchu, mechanizmów biologicznych. Drugi np. stan pomroczny u naszej chorej z owem beztroskiem całotygodniowem gwizdaniem i śpiewaniem można sobie wyjaśnić tylko na drodze mechanizmu psychologicznego. Słowem, na tym przykładzie widzimy, że przy ocenie mechanizmów, które wchodzą w grę w konstrukcji psychozy reaktywnej histerycznej należy przedewszystkiem szukać momentów psychologicznych, które dla swego ujawnienia się, posilkują się czasami, a mianowicie wtedy, kiedy świadomość jest głęboko zamroczona, mechanizmami preformawaniami.

### *Reakcja psychopatyczna (obraz manjakałny).*

I. K., lat 23, przywieziona została na oddział 21/II r. b. w stanie bardzo silnego podniecenia ruchowego. Była agresywna wobec otoczenia, wytlukła 2 szyby, potem tłumaczyła to tem, że chciała sobie poprzecinać żyły. Na drugi dzień bardzo wesoła, dostępna, twierdzi, że czuje się na oddziale bardzo dobrze, chce tylko tańczyć, prosi o papierosy. Na pytanie, czy prawdą jest, że urodziła dziecko, odpowiada z humorem: „ktoby za mnie rodził?”.

Historja choroby, pokrótce opowiedziana, przedstawia się jak następuje. Istotnie, 4 lutego, t. j. 17 dni przed internowaniem, chora urodziła w przytułku miejskim na Karowej dziecko. W parę dni później po wizycie kochanka, którego podejrzewała, że zdradza ją z posługaczką, zaczęła się podniecać, lekarza uderzyła w twarz, zaczęła rozkazywać. W 10 dni po porodzie trzeba było zawieźć ją do domu, gdzie podniecenie z dnia na dzień wzrastało, wymyślała wszystkim domownikom, zwłaszcza matce, dziecku dokuczała, rzucała je w powietrzu razem z poduszką, wszystkim rozkazywała: „ja tak chcę i tak być musi”. Chora jest zamężna od 5 lat, męża nie kocha, ale go szanuje, ma kochanka, którego kocha, długo przed mężem ukrywała ten stosunek, podobno zdradzała zresztą ich obu z przygodnymi amantami. Dziecka mieć nie chciała, uległa perswazjom matki i kochanka i kiedy pierwsza próba wywołania sztucznego poronienia nie udała się, zaniechała tego zamiaru. Z wywiadów matki wynika, że córka nigdy przedtem psychicznie nie chorowała, była od dziecka niezdolna, nieposłuszna, kłamała. Ze szkoły ją wydalono za złe sprawowanie, jaki 10—11 letnia dziewczynka zamykała się z chłopcami w ubikacji. Od 14-tu lat chodziła na dancingi wbrew prośbom i groźbom matki, którą zresztą kochała po swojemu; naogół była dobra, b. towarzyska, zawsze wesoła.

Chora od 2 miesięcy jest na moim oddziale: stale podniecona, dokazuje, tańczy, śpiewa, to znów zadziera z chorymi, rozkazuje wszystkim, chorym i służbie, kweruluje nieustannie, często bywa tak niespokojna, że trzeba używać środków krępujących. Chce pójść do domu, czasami nawet rozczula się z tego powodu, ale wkrótce potem znów skacze, tańczy, intryguje, przyodziwia się dziwacznie, kokietuje, nieustannie pali papierosy. O dziecku nie wspomina; a kiedy zapytać o nie, to mówi: „chcieli mieć dziecko, to mają, urodziłam im dziecko”. Z matką i bratem na widzeniach zachowuje się, jak niegrzeczne, rozpieszczone dziecko.

W mowie chorej znać wyraźną gonitwę myślową, z olbrzymią odwracalnością uwagi nazewnątrż.



Brat chorej chorował na padaczkę, ojciec był alkoholikiem, drugi brat miał P. P. i wyleczył się zimnicą.

Mamy tu przed sobą psychozę reaktywną o obrazie manjakałnym u osoby, która sama nigdy nie przechodziła napadów manjakałnych, lub depresyjnych, ani w rodzinie nikt podobnie nie chorował. Natomiast chora od dzieciństwa wykazywała cechy wybitnie psychopatyczne z zabarwieniem wyraźnem „moral insanity”. Męża nie kochała, żyła z nim jednak, jednocześnie żyła z innymi, zwłaszcza w ciągu ostatnich dwu lat z jakimś oficerem marynarki, którego podobno kochała. Zachodzi w ciążę; nie chce mieć dziecka; ulega prośbom matki i kochanka — rodzi. I wtedy po przyjściu na świat dziecka — wybucha psychoza (nb. poród przeszedł gładko, bez podniesienia ciepłoty).

Mamy tu niewątpliwą reakcję psychotyczną — i znów, jako ucieczkę od ciężkiego konfliktu. Miała dziecko, którego nie chciała; mężowi mówiła, że to jego, kochankowi znów to samo; sama dobrze nie wie czyje; dziecka wogóle nie chce, bo będzie ją wiązało, nie będzie mogła, jak dotąd, żyć swobodnie, nie chce tych więzów. I wybucha psychoza, w której chora realizuje całkowitą swobodę, wyżywa się: wesola, tańczy, śpiewa rozkazuje, wtrąca się do wszystkiego, swemu egoizmowi i egocentryzmowi — swemu narcyzmowi — daje patologiczny upust; może o nic się nie troszczyć.

Reakcje psychotyczne o charakterze manjakałnym są rzadkie, opisywali takie stany *Bonhoeffer* i *Bumke*. Odróżnić je trzeba od stanów manjakałnych u osobników z konstytucją manjakałno-depresyjną, gdzie wyzwalane są one przez przeżycia i wykazują dzięki temu tylko zabarwienie psychogeniczne.

U naszej chorej stan manjakałny ma charakter psychogeniczny i wybitnie reaktywny, jest t. zw. „psychozą celową” (Zweckpsychose).

#### *Reaktywny stan pomroczny u osoby z konstytucją schizoidalną.*

Pani R., lat 50, otrzymuje nagle wiadomość, że syn jej, jedyny, 17-letni chłopiec, będąc na studjach zagranicą, utonął podczas przejażdżki na rzece i że ciała nawet odnaleźć nie można. Na drugi dzień pani R. wpada w stan zamroczenia, w którym chorą widziałem. Jest nieprzytomna, zupełnie zapoznaje otoczenie, bezustannie rozmawia z synem tak, jakby był przy niej, wyjdzie z nim zaraz, musi załatwić przecież tyle sprawunków, niechże się ubierze, dlaczego nie kładzie tego nowego ubrania; widzi jednocześnie jakby wodę jakąś, później znów rozmawia z synem, który jest tuż i t. d. Stan ten trwał około 48 godzin, poczem przemiął, pozostawiwszy kompletną amnezję. Interesująca jest prepsychotyczna osobowość pacjentki: nigdy nie chorowała psychicznie. Osoba o nieprzeciętnej kulturze umysłowej, zimna, wyniosła, zamknięta w sobie, wybitnie nietowarzyska, uparta, nie wykazująca uczuć swych nazewnątrz. Pożycie małżeńskie nieszczęśliwe. Jedyny syn,



jedyne ukochanie, umiera. I chora odparowuje ten bezlitosny cios przez chwilową przynajmniej psychotyczną negację tego nieszczęścia, przez urojeniową realizację swego pragnienia, że to wszystko nieprawda, że syn żyje.... Ten psychologiczny mechanizm negowania smutnej rzeczywistości i realizowania swych pragnień w urojeniach (w danym wypadku pod osłoną stanu pomrocznego) prowadzi nas do typu reakcji psychotycznej u osobników schizoidalnych.

W r. 1916, a więc lat temu 18, ukazała się praca moja p. n. „O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego”. Podtytuł brzmiał: „Schizothymia reactiva”.

W tej pracy opisałem i zanalizowałem 2 przypadki schorzenia psychotycznego, które wybuchło po ciężkich przeżyciach, schorzenia w kształcie urojeń bez omamów realizowało pragnienie, zdruzgotane przez rzeczywistość. Tego samego typu przypadek ogłosiłem w r. 1926. W 4 lata po tej pierwszej mojej pracy w r. 1930 ukazuje się praca *Poppera* (z kliniki praskiej), gdzie autor, nie przytaczając zresztą własnych przypadków, w dłuższym wywodzie przemawia za uznaniem specjalnego typu reaktywnego o charakterze schizofrenicznym i wskazuje na jego psychopochodność, powołuje się przytem na moje przypadki.

„Schizofreniczny typ reaktywny — powiada *Popper* — staje u boku innych typów reaktywnych, jak histeryczny, manjakałny, depresyjny, epileptyczny, i inne, jako typ samodzielny...

Różnica między mną a *Popperem* polega na tem, że kiedy *Popper* zresztą za *Bleulerem* twierdzi, że obrazy kliniczne, występujące pod wpływem ciężkich przeżyć (wojennych i pokojowych) są niemal identyczne z zwykłymi schizofrenjami, moje przypadki cechuje pewna odrębność od zwykłego typu klinicznego: 1) urojenia mają wyłącznie charakter życzeniowy, realizujący to, czemu kłam zadaje rzeczywistość przeżycia, 2) treść urojenia jest ściśle z przeżyciem związana i 3) brak innych typów objawów schizofrenicznych (jak omamy np.). Reaktywność występuje tu daleko jaskrawiej, albowiem, zdaniem naszym, tylko takie przypadki można uważać za reaktywne, gdzie występuje nietylko związek w czasie, (*Bleuler, Popper*), ale gdzie wykazać można w zaburzeniach psychotycznych ich celowość, polegającą na odwróceniu się od smutnej rzeczywistości i przekształceniu jej na radosną. Te przypadki tem różnią się od innych typów reaktywnych, że celowość ta osiągnana bywa w sposób specyficzny rozszczepieniowy bez zamroczenia świadomości. Inne przypadki schizofrenji, gdzie niema tego realizującego, życzeniowego typu urojeń, jak w przypadkach moich, gdzie istnieje szereg innych objawów, jak katoniczne np. lub omamy wszelkiego rodzaju, nie uważałbym za reaktywne w ścisłym znaczeniu, ale za sprowokowane,



wyzwolone przez uraz psychiczny, podobne do spowodowanych przez uraz fizyczny, przez infekcję i t. d.

Nie mogę tu dłużej zastanawiać się nad tym typem reakcji psychogenicznej, stwierdzę tylko, że należy go włączyć do innych typów reakcji psychogenicznej, jako typ, występujący u osobników z wyraźną konstytucją schizoidalną. Mówię „z wyraźną” dlatego, że schizoidalność może być i bywa przymieszką w innych konstytucjach psychopatycznych, a wtedy psychoza reaktywna może wykazać tylko pewne cechy schizoidalne, ale całość obrazu reaktywnego zależeć będzie od innych cech konstytucjonalnych, jak dowodzą tego np. nasze przypadki (pierwszy z depresją długotrwałą z przymieszkami schizoidalnymi, albo czwarty z zamroczeniem o typie histerycznym z urojeniami życzeniowymi o typie schizoidalnym).

W związku z tem muszę tu nadmienić, że niektóre z przypadków t. zw. przezemnie schizofrenji somatopsychicznej, polegającej, jak wiadomo, na nagle występującem uczuciu depersonalizacji i urojeniach, dotyczących własnego ciała, również bez innych objawów zwykłego typu schizofrenji, występują po przeżyciu ciężkiem i robią wrażenie reakcyj psychotycznych o charakterze wybitnie rozszczepiennym. Obserwuję od paru lat przypadek 30-letniej kobiety, która kilkakrotnie, po doznaniu wstrząsu psychicznego wpadała w stan takiej depersonalizacji z urojeniami somatopsychicznymi: „jestem, jak kamień, nic nie czuję, nie czuję głodu ani sytości, jestem inna” i t. d.) i po kilku miesiącach stan ten przechodził bez śladu. Prawie wszystkie przypadki tego rodzaju, obserwowane przezemnie, dotyczą kobiet, które uległy urazowi psychicznemu w związku z zdradą narzeczonego, męża. Czy te przypadki należy uważać za specjalny typ reaktywny o charakterze rozszczepiennym, nie potrafiłbym dziś jeszcze orzec z całą stanowczością. Należy w każdym razie zwrócić uwagę na takie przypadki i pilnie je obserwować.

Wspomnę tu już pod koniec o psychozach t. zw. więziennych, które nie są, oczywiście, niczem innem, jak reaktywnymi psychozami sytuacyjnymi i występują najczęściej w trzech postaciach: 1) jako t. zw. eksplozja afektywna z olbrzymiem podnieceniem ruchowem, demolowaniem i t. d. (t. zw. Zuchthausknall), po 2) jako stany pomroczone o specjalnym typie t. zw. Ganserowskim lub jako t. zw. pseudementia (*Wernicke*) i wreszcie, jako paranoidalna postać z urojeniami ułaskawienia (*Begnadigunswhahn*). O ile dwie pierwsze postaci są pochodzenia historyczno - psychopatycznego, o tyle ostatnia postać zbliżona jest właśnie do mojego typu schizothymicznego i niewątpliwie jest pochodzenia schizoidalnego.



Wszystkie te trzy postaci to typowa reakcja psychogeniczna, stanowiąca celową obronę wobec nieznosnej sytuacji życiowej, przy czym ostatnia postać, owe urojenie o ułaskawieniu przetwarza tę rzeczywistość i realizuje pragnienie, nieiszczalne w życiu, spełnia funkcję tę samą, co marzenie sennie w psychice normalnej.

\*                      \*                      \*

Tak oto przebiegliśmy niemal wszystkie możliwe reakcje patologiczne i musimy usiłowania nasze skierować ku zsumowaniu wyników ogólnych, jakie się na podstawie rozważań naszych następczą, jeżeli chodzi o kwestję nas tu specjalnie obchodzącą, t. j. o mechanizm powstawania tych zaburzeń reaktywnych.

\*                      \*                      \*

1. Wstrząs psychiczny, lub przeżycie psychiczne o ujemnem zabarwieniu afektywnem stanowi przyczynę psychicznego zaburzenia reaktywnego, czyli innemi słowy wywołuje w człowieku reakcję psychogeniczną.

2. Reakcja psychogeniczna dotyczy całego organizmu ludzkiego zarówno ciała, jak i psychiki.

3. Cieleśne zaburzenia polegają głównie na zaburzeniach w układzie nerwowym wegetatywnym (bładość, drżenie, zimny pot, zaburzenia w działalności serca, kiszki i t. d.).

4. Zaburzenia psychiczne reaktywne bywają strukturalnie rozmaite, zależnie od konstytucji biopsychologicznej osobnika i od siły wstrząsu, zaś treść zaburzenia psychicznego jest najczęściej w ścisłym związku z treścią przeżycia.

5. W powstawaniu zaburzeń psychicznych reaktywnych rolę główną, naczelną odgrywają mechanizmy pozaświadome z atrybutem swoistym celowości.

6. Celowość skierowana jest ku obronie organizmu biopsychicznego przed szkodliwościami, płynącemi z przeżycia patogenicznego.

7. Obrona może mieć charakter bierny lub czynny, produktywny.

8. Bierny mechanizm obronny powstaje wtedy, kiedy wstrząs psychiczny jest tak gwałtowny i tak nagły, że impulsy obrony aktywnej, produktywnej nie zdążą się zmobilizować. Podczas katastrof np. aktualizują się mechanizmy obronne, tkwiące w organizmie, mechanizmy biologiczne, odziedziczone, zmierzające jedynie po linii popędu samozachowawczego. Dlatego w tych reakcjach psychogenicz-



nych, które nazwiemy pierwotnymi, prymitywnymi, różnice w konstytucji osobniczej nie odgrywają zrazu większej roli. Później dopiero, po pewnym czasie od chwili katastrofy, występują różnice w reakcji dalszej, zależnie od konstytucji osobnika (np. objawy nerwicy rentowej).

9. Biernego mechanizmu obronnego chwytają się również pewne konstytucje psychopatyczne, jeżeli chodzi tylko o cel osiągalny przez psychozę, jako taką, bez względu na jej treść. Np. depresja, stan manjakałny, albo stan pomroczny histeryczny z całkowitą utratą świadomości i wyładowaniem ruchowym. Jest to t. zw. przez niemieckich autorów „Zweckpsychose”.

10. Mechanizm obronny aktywny, produktywny manifestuje się w zaburzeniu psychicznym reaktywnym wtedy, kiedy w treści psychozy, związanej bezpośrednio z przeżyciem, realizuje się pragnienie nieziszczalne, które właśnie sroga rzeczywistość zdruzgotała (Flucht in die Psychose). Bywa to w pewnej kategorii stanów pomrocznych histerycznych, w paranoidalno-halucynacyjnych epizodach więzionych, wreszcie w moich przypadkach schizotypji reaktywnej.

Tu produktywność obrony psychika osiąga przy pomocy mechanizmu rozszczepiennego.

11. Rozszczepienie psychiczne o charakterze histerycznym wskutek działania siły tłumienia rozgrywa się pod osłoną stanu pomrocznego, zaś w stanach schizoidalnych, gdzie siła tłumienia jest słabsza, rozszczepienie jest ujawnione, wyzbyte wszelkiej osłony.

12. Zasadniczem, kulminacyjnem zagadnieniem jest to, czem są, jakiego są pochodzenia owe mechanizmy, przy których pomocy osobnik psychopatyczny walczy z inwazją patogenicznego przeżycia.

Czy są one wszystkie pochodzenia biologicznego, czy może tworzą się przy udziale psychiki? Czy ta immanentna celowość reakcji psychogenicznej zawarta jest w naszym organizmie, jako filogenetycznie odziedziczona, czy też powstaje w zależności od wartości specyficznej przeżycia (Erlebniswert) i od konstytucji nabytej osobnika?

Odpowiedź na to pytanie jest niewymownie trudna. Wydaje nam się jednak na zasadzie naszych doświadczeń i rozmyślań, że reakcja psychogeniczna, zależna od swej przyczyny zasadniczej, t. j. przeżycia psychicznego, i od konstytucji osobnika, na którą to przeżycie pada, przede wszystkim posiłkuje się dla swego wyrazu p o



pędowo-afektywną, nieświadomą treścią osobnika, i uzależnia swój kształt od tych skaz i załamów, które istnieją w konstytucji nabytej, związanej z przeżyciami dotychczasowymi (zwłaszcza w dzieciństwie) i stąd raz się ukazuje w szacie histerycznej, a kiedy indziej w schizoidalnej. Te mechanizmy psychologiczne histeryczne, czy schizoidalne mobilizują, kiedy tego potrzeba, mechanizmy niższego rzędu, preformowane u wszystkich bez wyjątku ludzi, niezależnie od ich konstytucji osobniczych.

Wydaje mi się to bardziej proste, niż t. zw. hipoteza identyczności psychofizycznej *Bleulera*, hipoteza monistyczna, która głosi, że „funkcje biologiczne w ciele i w układzie nerwowym i psychika są wytworami zasadniczo jednakowych przebiegów (*Vorgänge*), przyczem specjalnie świadoma Psyche, którą w sobie znajdujemy jest tylko wewnętrznym aspektem kompleksu funkcji mózgowych”. Hipoteza ta stanowi, naszym zdaniem, nawrót do dawnej mitologii mózgowej. Ze studiów nad psychonerwicami i reakcjami psychogenicznymi wynika raczej i bardziej heurystyczna i również biopsychologiczna teoria o związku i wzajemnem oddziaływaniu na siebie psychiki i ciała poprzez dziedzinę popędową. I chociaż popędy leżą na pograniczu soma i psyche, nie identyfikują jednak tych dwu światów, które istnieją obok siebie, wpływając na siebie wzajem, uzależniając się wzajem od siebie, ale pozostaną one zawsze czemś odrębnem.



Z Kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. w Krakowie.  
(Dyrektor Prof. Dr. St. K. Pieńkowski).

## MECHANIZM POWSTAWANIA ZABURZEŃ REAKTYWNYCH<sup>1)</sup>.

podał

WŁADYSŁAW CHŁOPICKI.

Zaburzenia reaktywne poza swą stroną psychologiczną — powstawania takich lub innych konfliktów wewnętrznych z ich następstwem rozwojem i kształtowaniem się wewnątrz psychiki — znamionują się również nie mniej ważną stroną cielesną, w zakresie której ujawniają się przeżycia psychiczne i otrzymują swój cielesny wyraz. Pragnąłbym właśnie poświęcić kilka uwag mechanizmowi powstawania przede wszystkim cielesnych zaburzeń reaktywnych.

Do zaburzeń reaktywnych zaliczam, w myśl określenia *Brauna*, zaburzenia, powstające pod wpływem przeżyć psychicznych o silnem napięciu uczuciowem, zrozumiące naogół dla otoczenia co do związku ich z danymi przeżyciami i zazwyczaj ustępujące bez śladu po ustąpieniu względnie usunięciu wywołującego przeżycia psychicznego. Jak z powyższego określenia wynika, trzon omawianych zaburzeń stanowią zaburzenia histeryczne, będące ich najbardziej typowym wykładnikiem i reprezentantem.

Systematyczne badania cielesnych zaburzeń histerycznych, zmierzające do przyrodniczego ujęcia ich istoty, datuje się od czasów *Charcota*, który decydującą rolę w powstawaniu ich przypisywał chorobliwie przesadzonym wyobrażeniom co do upośledzenia wzgl. wypadnięcia pewnych czynności (utrata władzy w kończynie, upośledzeniu czucia w określonym odcinku skóry i t. d.). Badania te prowadzi dalej *Babiński*, przenosząc całe zagadnienie do płaszczyzny psychologicznej przez stworzenie pojęcia pitjatyizmu. W okresie wojny światowej z jej licznymi przypadkami zaburzeń histerycznych i hysteropodobnych coraz to bardziej w mechanizmie powstawania

---

<sup>1)</sup> Odczyt wygłoszony na XIV Zjeździe Psychiatrów polskich w Krakowie dnia 19.V.1934r.



tych zaburzeń wysuwany jest składnik uczuciowy, który dopiero poszczególnym przeżyciom psychicznym nadaje siłę do trwania i następowego wywoływania szeregu zaburzeń. Niezmiernie ważną rolę w zrozumieniu pewnych mechanizmów histerycznych odegrał ten niezwykle eksperyment światowy, który pod postacią nagminnego zapalenia mózgu pozwolił nam wejrzeć bliżej w mechanizmy patofizjologiczne mózgu, a równocześnie z tem przelał ciekawe światło na omawiane zaburzenia histeryczne.

Zaburzenia cielesne histeryczne wzgl. reaktywne, idąc śladem *Charcota*, można podzielić na ruchowe, czuciowe i zmysłowe, a ponadto na podstawie odmiennego mechanizmu patofizjologicznego wyodrębniłbym jeszcze zaburzenia układu roślinnego, jak czkawkę, wymioty, biegunki i t. d.

Zacznę od omawiania zaburzeń układu roślinnego. Zasługują one na osobne wyszczególnienie chociażby z tego tytułu, że układ roślinny jest niezmiernie czułym narządem, rejestrującym wszelkie silniejsze wahania uczuć, (jak to podkreśla *Rosenfeld*, *Kretschmer* i inni) które leżą przecież u podstawy zaburzeń reaktywnych. Zaczzerwienienia i zblędnięcia, aż do stanów omdlenia przy wzruszeniach, przyspieszenie akcji serca, rozszerzenie źrenic, pocenie się i t. p. są zjawiskiem zbyt znanem by dłużej nad tem się rozwodzić. Zaznaczę tylko, że częstość występowania pewnych objawów przy większych poruszeniach afektywnych — jak np. zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, kurcze żołądka i t. p.) spowodowała *Katscha* do nazwania tych zaburzeń nerwicą wyrazową (*Ausdrucksneurose*), ponieważ sam charakter zaburzeń przewodu pokarmowego może czasami symbolizować pewne stany psychiczne, np. wymioty — uczucie wstrętu, chęć odsunięcia pewnych spraw i t. d.

Z pośród mnóstwa objawów układu roślinnego zajmę się analizą dwóch stosunkowo najczęściej spotykanych — wymiotów i czkawki. Obydwa powyższe objawy są wyrazem zaburzenia utrwalonych mechanizmów fizjologicznych, b. ważnych dla ustroju — oddychania i trawienia.

Obydwa powyższe objawy się właściwie odruchem patologicznym, w czkawce polega on na nagłych skurczach przepony, na skutek czego występuje również nagle i dlatego głośne wciąganie powietrza — co stanowi istotny składnik czkawki; — w akcie wymiotnym — odruch patologiczny polega na rozluźnieniu żołądka i przełyku, skurczu odźwiernika, ruchach przeciwbaczkowych, skurczu przepony i tłoczni brzusznej, co prowadzi do wydalenia czasami gwałtownego treści żołądka.



Wiemy, że obydwą objawy mogą być wywołane albo przez podniety chorobowe, idące z obwodu — nowotwory w okolicy przepony i żołądka wzgl. podrażnienia całej jamy brzusznej albo przez podniety działające drogą krwi, (jak to ma miejsce przy zatruciach) na odnośne drogi i ośrodki odruchowe, wreszcie przez podniety chorobowe, pierwotnie pochodzące z mózgu — krwotoki, nowotwory i t. d., a ponadto przez podniety natury psychicznej, przede wszystkim wzruszenia.

Ciekawą jest rzeczą, że w pewnych przypadkach nagminnego zapalenia mózgu czkawka jest prawie jedynym objawem toczącej się sprawy zapalnej mózgu, jak to obserwowali *Bełcikowski*, *Higier*, *Piltz*, *Dufour*, *Sicard*, *Mingazzini* i in. Podobne zresztą objawy spotykamy w tymże zakresie oddechania przy nagminnem śpiączkowym zapaleniu mózgu pod postacią zmiany rytmu oddechowego albo napadowych oddechów forsownych, t. zw. tików oddechowych, należących do wspólnej dużej grupy ruchów poniewolnych, przymusowych (*Pieńkowski*, *Binet*, *Dimitz*, *P. Marie* i inni).

Gdy się uprzytomni przypadki uporczywej czkawki reaktywnej, która męczy chorych i jest przez nich odczuwana, jako coś b. przykrego i przymusowego, nie daje się usunąć wzgl. ogromnie trudno poddaje się leczeniu, to mimowoli nasuwa się przypuszczenie, czy nie wchodzi tu w grę mechanizmy podkorowe, które warunkują takie długie utrzymywanie się czkawki, objawu, jak zaznaczyłem, niezwykle przykrego i wyczerpującego dla chorego. Jest rzeczą ciekawą, że w klinice krakowskiej z przypadkami takiej właśnie uporczywej czkawki histerycznej spotykaliśmy się wyłącznie u kobiet Żydówek. O ile się uwzględni, że w podobnych dziedzicznie występujących zaburzeniach reaktywnych wzgl. histerycznych (jak to podkreślają *Curschmann* i *Müller*, opisujący czkawkę w 3 generacjach) zaznacza się dziedziczenie nie mniejszej wartościowości danego narządu tylko dyspozycji do pewnych reakcji patologicznych, to być może czkawka w tych przypadkach jest wyrazem czynnościowej niedomogi rasowej w tym zakresie.

Wymioty histeryczne, podobnie jak i czkawka w przypadkach uporczywych, prowadzą, jak to czasami się zdarza, do ogólnego wyniszczenia takich chorych. Wymioty w tych ciężkich przypadkach, gdy nie chodzi o obrzydzenie sobie jedzenia, a więc o reakcje na wyobrażenie wstrętu, lub na silne wzruszenie, lecz gdy każde dotknięcie do zębów lub nawet do ust wywołuje odruch wymiotny — świadczą o zautomatyzowaniu tego odruchu, o przesunięciu całego aktu wymiotnego do poziomu procesów, pozbawionych uzasadnienia



psychologicznego. Powyższe zautomatyzowanie się odruchu wymiotnego, jego w wielu przypadkach przymusowość w stosunku do samego chorego zdaje się przemawiać za pozapiramidowem pochodzeniem omawianego objawu.

W rozległej dziedzinie ruchowych zaburzeń histerycznych odróżniamy, w myśl podziału prof. *Pieńkowskiego*, dwie zasadnicze grupy — zaburzeń ruchowych z nadmiarem i z ubytkiem ruchów. Uderzającą rzeczą jest — o ile chodzi o ruchowe zaburzenia histeryczne — daleko idące podobieństwo, jak to wykazali *Pieńkowski*, *Rothfeld*, *Marinesco* i *Radovici*, *Schilder*, *Wimmer* i inni pomiędzy zaburzeniami histerycznymi, a zaburzeniami typu pozapiramidowego. W obu tych grupach da się wyodrębnić kilka zasadniczych, stale występujących rodzajów ruchu. Odnosi się wrażenie, że w zapatrywaniach *Fischera* i *Leysera*, dopatrujących się w napadzie histerycznym przede wszystkim cech dowolności i celowości ruchów i stąd przypisujących korze mózgowej główny udział w powstawaniu napadu histerycznego, pokutują jeszcze pierwotne poglądy *Charcota* co do decydującego wpływu wyobrażeń na powstawanie objawów histerycznych.

W zakresie nadmiarów ruchów histerycznych wyszczególnia prof. *Pieńkowski* duże ruchy balansowania „grands mouvements de balancement” i pływawicę rytmiczną z charakterystycznym ułożeniem kończyn, tułowia i głowy, a w zaburzeniach pozapiramidowych po nagminnem zapaleniu mózgowia — ruchy megasynkinetyczne z zupełnie podobnymi ruchami i ułożeniami również kończyn, głowy i tułowia. Podobieństwo to dotyczy nawet ułożenia palców i garstki rąk pod postacią ręki smyczkowej, akuszeryjnej, szponiastopromieniowej i t. d. Również w zakresie ubytku ruchów pomiędzy porażeniami i przykurczeniami pozapiramidowemi, a takimiż zaburzeniami histerycznymi istnieją duże analogje. W obu tych grupach spotykamy się, jak gdyby z zakrzepłemi, jak je określa prof. *Pieńkowski*, ruchami synkinetycznymi w ich końcowych ułożeniach, przy tem w obu rodzajach porażen mamy jednakowe ułożenia kończyn — zgięcie kończyn górnych i wyprostowanie dolnych. I tutaj również podobieństwa dotyczą ułożenia obwodowych partyj kończyn. Ponadto podobnem jest samo rozmieszczenie napięcia mięśniowego, obejmującego w obu rodzajach zaburzeń zarówno grupy agonistów, jak i antagonistów.

*Rothfeld* opisuje 2 przypadki nadmiaru ruchów po nagminnem zapaleniu mózgu o cechach ruchów dowolnych, które chorzy ci przeżywali, jako przymus do wykonywania danego ruchu, doznając



przytem przykrego pociągania w odnośnych grupach mięśni. Przypadki te mogą być najlepszą ilustracją, jak dalece ruchowe zaburzenia pozapiramidowe przybierają kształt b. złożonych objawów ruchowych, posiadających cechy dowolnego postępowania, co właśnie zbliża takie przypadki do zaburzeń reaktywnych i symptomatologicznie zaciera niemal granice, między temi dwoma różnemi grupami zaburzeń. Podkreśla to szereg autorów (*Pieńkowski, Gerstmann i Schilder, Marinesco i inni*).

Wśród porażień reaktywnych osobne miejsce zajmują t. zw. porażenie fizjopatyczne z zaburzeniami przedewszystkiem z zakresu układu roślinnego, które wyodrębnił *Babiński i Froment*, jako nieposiadające tła anatomicznego i powstałe w drodze odruchu z zadziałania urazu na odnośne włókna i ośrodki roślinne. Dlatego też nazywają te porażenia również odruchowemi. Zbliżone są one do pewnych przypadków hysterji urazowej *Oppenheima*, u podstawy której przyjmuje on wstrząs drobin na skutek urazu w odnośnych drogach i ośrodkach nerwowych — i do t. zw. dynamicznych zaburzeń *Kehrera*, które nie mają polegać ani na grubo — organicznych uszkodzeniach tkanki nerwowej ani na zaburzeniach histerycznych. Sam obraz kliniczny porażień fizjopatycznych posiada cechy organiczności — a mianowicie: towarzyszą im często b. uporczywe przykurczenia, warunkujące swoiste ułożenie ręki (ręka akuszera, stożkowata i t. p.), szybko występujące zaniki mięśni, jednak bez odczynów zwyrodnienia, zmiany w poroście włosów i paznokci, ścieńczenia skóry ze zwiększeniem jej wiotkości, z sinicą, obrzękami i miejscowemi naciekami.

Rzekomo kurczowe i wiotkie porażenia reaktywne, wymagają osobnego omówienia, ponieważ ich powstanie wydaje się czemś b. sztucznem, robionem, odbiegającym od obowiązujących w ustroju ludzkim praw przyrodniczych. Istotnie, wiotkie porażenie ręki po mechanicznym jej urazie bez objawów poważniejszego uszkodzenia nerwów obwodowych lub rdzenia, z punktu widzenia neuropatologii wydaje się czemś nienaturalnem. Jednak przy dokładnem analizowaniu omawianych objawów, jak to już czyniło szereg autorów, nabierają one cech organicznego uzasadnienia. A więc, *Sommer* przy pomocy skonstruowanego przezeń przyrządu, umożliwiającego notowanie ruchów w 3 wymiarach, stwierdził zasadnicze podobieństwo drżenia histerycznego, spotykanego zwłaszcza przy porażeniach rzekomo spastycznych, z drżeniem organicznem. *Oppenheim* zwraca uwagę na to, że przy wiotkich porażeniach reaktywnych, chorzy nie poruszają temi kończynami ani w stanie pobudzenia afektywnego,



ani przy współruchach, to znaczy zachowują się te kończyny podobnie, jak przy wiotkich porażeniach organicznych. *Nonne, Wohlwill, Steiner* i inni podkreślają osłabienie, a nawet zniesienie odruchów ścięgowych, stwierdzone przez nich w wypadkach wiotkich porażień reaktywnych, jak to ma miejsce przy takichże porażeniach organicznych. Wreszcie sam mechanizm powstawania porażień reaktywnych nie wydaje się tak tajemniczym, jak niektórzy utrzymują. *Binswanger* ogólnie tłumaczy mechanizm powstawania porażień reaktywnych w ten sposób, że uraz psychiczny może działać, jako ośrodkowe pobudzenie lub hamowanie w tych częściach ciała, które przez zadziaływanie mechaniczne doznały czy to bezpośrednio urazu obwodowych dróg nerwowych, czy to pośrednio — inerwacyjnych ośrodków rdzeniowych lub mózgowych. Czy wogóle pobudzenie nerwowe wzgl. bodźce czuciowe mogą odgrywać jakąś rolę w powstawaniu omawianych porażień? Gdy się uprzytomni, że w pewnych przypadkach ze specjalną dyspozycją do napadów padaczkowych (padaczka, guzy, krwotoki mózgu i t. p.) napady te można wywoływać drogą stosowania odpowiednich bodźców czuciowych. (*Halban, Alexander, Herrmann, Higier, Förster* i inni) wzgl. rozpoczynające się napady też drogą hamować to zrozumiałem się staje, dlaczego w przypadkach ze specjalną dyspozycją histeryczną możliwym jest wywoływanie takiego lub innego upośledzenia czynności odnośnych komórek i dróg ruchowych na skutek zadziaływania pewnych bodźców czuciowych, związanych z urazem fizycznym. Sprawa ta jest trudniejsza do wyjaśnienia jeśli chodzi o same urazy psychiczne.

Wreszcie słów kilka chciałbym jeszcze poświęcić abazji i astazji histerycznej, którą niektórzy jak np. *Leyser* ujmują jako coś zupełnie swoistego dla hysterji. I tu również dokładne badania nad zaburzeniami chodu i ruchów kończyn, jakie przeprowadził *Rothfeld* w przypadkach z porażeniami rzekomo-kurczowemi wykazały, że zaburzenia ruchów porażonych kończyn polegają na wadliwej inervacji mięśni zginaczy i wyprostnych, na niemożności kolejnego i sprawnego zginania i wyprostowania kończyn. Widoczną tu jest analogia z apraksją inerwacyjną *Kleista*, polegającą właśnie na wadliwym unerwieniu poszczególnych grup mięśniowych i uniemożliwiającą wykonanie zamierzonego ruchu. To podobieństwo staje się tembardziej przekonywujące, gdy się uwzględni, że *Oppenheim* takie przypadki określał, jako *akinesia amnestica*, zaznaczając przez to, że zaburzenia ruchowe są uwarunkowane utratą obrazów pamięciowych pewnych ruchów.

W zakresie czucia mamy szereg ciekawych zaburzeń w spra-



wach histerycznych względnie reaktywnych. Pozwolę sobie zauważyć, że nieuświadomiane w stanie zdrowia t. zw. czucia organiczne, które warunkują takie lub inne samopoczucie i których anatomicznym wykładnikiem jest między innymi układ roślinny, znajdują się u osób histerycznych, w zależności od wrodzonej chwiejności ich układu roślinnego, w stanie ciągłego wahania się i chwiejności. Tem się tłumaczy tak znamienna dla histerji częstość i zmienność odczuwań cenestopatycznych. Ponadto w dziedzinie podmiotowych zaburzeń czucia spotykamy się i tu z szeregiem rozlicznych skarg na bóle o charakterze palenia, pieczenia, ucisku, najczęściej w okolicy głowy i pleców, czasami w jednej połowie ciała. Bóle te są b. uporczywe, mają charakter ograniczony lub rozlany, są to nie zawsze trafnie nazywane t. zw. cenestopatie, topalgje, psychalgje i t. p. Zdaje się, że dużą część tych prawdopodobnie różnorodnych co do swej patofizjologii bóli można postawić blisko grupy t. zw. bóli centralnych, względnie talamicznych, opisanych przez *Dejerine-Roussy*, jako bóle wielce uporczywe, powstające na skutek uszkodzenia wzgórka wzrokowego. Być może, że bóle te są wyrazem czynnościowej niedomogi wzgl. odhamowania układu pozapiramidowego, z czem spotykaliśmy się już i w innych zaburzeniach reaktywnych.

Stwierdzenie przedmiotowych zaburzeń czucia w sprawach reaktywnych jest rzeczą niełatwą. Gdy się przyjmie pod uwagę, że samo badanie czucia jest właściwie metodą podmiotową, odzwierciedlającą takie lub inne przeżycie danego bodźca przez badanego, to zrozumiałym się staje sceptycyzm *Babińskiego* w kierunku oceny otrzymywanych u histeryków zaburzeń czucia. Przeważna też część autorów oświadcza, że histeryczne obniżenia czucia nie trzymają się żadnego schematu, znanego w neuropatologii. Chciałbym tu jednak podnieść znamienny szczegół, podkreślany przez *Lewandowskiego* i *Oppenheima*, że w pewnych przypadkach osobnicy histeryczni sami zostawali zaskoczeni istnieniem u nich zaburzeń czucia pewnego określonego typu. W związku z tem przypomnę niejednokrotnie już poruszany szczegół podobieństwa pewnych wypadów czucia natury histerycznej do wypadów, spotykanych przy uszkodzeniach kory mózgowej. *Strümpell* zaznacza wprost, że zaburzenia czucia histerycznego nasuwają czasami myśli o ciężkich zaburzeniach mózgu. Świadczyłoby to o głębokiem wypadnięciu pewnych terenów czuciowych w niektórych przypadkach reaktywnych porażeniach czuciowych, oraz o wchodzeniu w grę w tych przypadkach ściśle określonych mechanizmów neuropatologicznych.

Z zaburzeń zmysłowych najczęściej spotykamy się w sprawach



reaktywnych z upośledzeniami wzroku i słuchu. Charakterystycznym objawem dla zmysłowych zaburzeń reaktywnych jest częste kojarzenie się ich z połowiczem obniżeniem względnie zniesieniem czucia po tej samej stronie — odnosi się wówczas wrażenie, jak-gdyby wszystkie czynności odbiorcze czuciowe zostały zahamowane w danej połowie ciała. W innych znów wypadkach, jak to obserwowali *Artwiński*, *Bostroem*, *Kehrer* obniżenie czynności danego zmysłu, zwłaszcza wzroku i słuchu uwarunkowane jest istnieniem jakiejś organicznej wady danego zmysłu — błędu refrakcji w oku, przebyciem zapalenia ucha środkowego i t. p., na którą nakładały się dopiero reaktywne zaburzenia. Wykryto przytem wielce charakterystyczny szczegół, że głuchotę histeryczną spotykało się często u osobników niedorozwiniętych umysłowo. Może to służyć wyrazem swoistego nałożenia się reaktywnego na odbiorczą część narządu mowy, która jako organ myślenia, organ inteligencji w wypadkach niedorozwoju umysłowego rzecz prosta była organem o mniejszej wartości czynnościowej.

Niezmiernie ciekawe szczegóły daje nam bliższa analiza histerycznych zaburzeń wzrokowych. Mianowicie *Hippel* wykazał istnienie histerycznej hemianopsji i skotomów w polu widzenia, jak w wypadkach o zupełnie ścisłych uszkodzeniach organicznych; a *Rakonitz* na podstawie analizy histerycznego zwężenia pola widzenia podkreśla wielkie podobieństwo tegoż zwężenia z odnośnym zwężeniem pola widzenia w zatruciach wszelkiego rodzaju. Podobieństwa powyższe dla *Rakonitza* są tak duże, że na tej podstawie przyjmuje on toksyczne pochodzenie histerji, polegające na przejściowym przesunięciu chemizmu krwi, drogą wpływów psychicznych.

Omamy, spotykane w stanach reaktywnych, podporządkowują się naogół tym samym prawom jak i omamy w przypadkach organicznych (zatruc, uszkodzeń mózgu i t. p. — *Mourgue*). Za tem zdaje się przemawiać poza opisanymi klinicznymi przypadkami następujące doświadczenie *Schildera* nad sobą samym. *Schilder* usiadł z zamkniętymi oczyma, wyobrażając sobie jasną pionową linię, długości około 40 cm, a równocześnie polecił wstrzyknąć sobie do prawego ucha zimnej wody; wkrótce linja pionowa zaczęła się przechylać w stronę lewą, a po ustąpieniu objawów zadrażnienia przedsiionka wróciła do poprzedniej swej pozycji pionowej. Doświadczenie to poucza, że nawet plastyczne wyobrażenia są umiejscawiane w przestrzeni za pomocą podniet przedsiionkowych i stąd wynika, że omamy pochodzenia reaktywnego, ich pojawianie się, ustępowanie i poruszanie się (o ile chodzi o omamy wzrokowe) są rządzone



przez te same prawa co i omamy właściwe, a więc organicznego pochodzenia.

Na zakończenie parę uwag chciałem poświęcić stanom psychicznym osobników z zaburzeniami reaktywnymi, które stanowią tak b. charakterystyczną ich cechę. Od czasu nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu, a zwłaszcza od czasu wykrycia objawu kinazy paradoksalnej (*Jarkowski*), będącej jaskrawym wyrazem patologicznej sugestywności tych chorych, zwrócono uwagę na możliwość organicznego uzasadnienia właściwości psychicznych histeryków. A więc *Marinesco* i *Radovici* sugestywność histeryków ujmują, jako wadę organiczną mózgu — niedostateczne połączenia pomiędzy jądrami podstawowymi a korą mózgu i stąd wypływające uniezależnienie się jąder podstawowych od kontroli kory, *Wimmer* w jądrach podstawowych i ciele prążkowanym umiejscawia wzruszeniowość histeryków, przyjmując, że wpływy psychogeniczne wywołują objawy cielesne za pośrednictwem ciała prążkowanego, *Schilder* podobny wpływ przypisuje układowi strio-pallidarnemu. W związku z tem specjalnie ciekawymi są 2 przypadki *Mayer-Grossa* a również *Kleista*: jeden po zatruciu tlenkiem węgla, drugi — nowotwór płatu czołowego, które obaj ci autorzy za *Feuchtwangerem* nazwali organicznymi histeroidami. Chorzy ci wykazywali cechy histerycznego usposobienia — nadwrażliwość, kapryśność, przesadność, których nie posiadali poprzednio, wobec czego zaszła zmianę w usposobieniu odnoszą autorzy do określonych zmian ogniskowych w mózgu. Mielibyśmy więc w przytoczonych przypadkach organiczne ogniskowo uwarunkowane powstawanie histerycznych właściwości psychicznych. Zaznaczę mimochodem, że ostatnio *Frank* opisał przypadki depersonalizacji po krwotokach mózgu z uczuciem obcości, osłabienia własnej woli, utrudnienia percepcji wzrokowej i słuchowej przy braku zaburzeń organicznych w narządach zmysłów, mogących tłumaczyć tego rodzaju dolegliwości. A więc mielibyśmy tu również zmiany świadomości, bardzo zbliżone do spotykanych w stanach reaktywnych i w psychopatjach, uwarunkowane organicznymi zmianami mózgu.

A teraz reasumując przytoczone wyżej szczegóły zestawmy sobie pokrótce, jaki jest ogólny mechanizm powstawania cielesnych zaburzeń reaktywnych, a zwłaszcza czem się on różni od zaburzeń organicznych? Zasadniczo w obu przypadkach mechanizm jest ten sam, temi samymi ściśle określonymi prawami posiłkują się w powstawaniu swem cielesne objawy reaktywne, co i objawy organiczne, z tą tylko różnicą, że u podstawy spraw reaktywnych leżą procesy



odwracalne, a więc czynnościowe, w sprawach zaś organicznych — nieodwracalne, wyrazem czego są anatomiczne zmiany tkanki nerwowej. Swoiste piętno cielesnym zaburzeniom reaktywnym nadaje niedomoga, a być może i przewaga (odhamowanie) w życiu nerwo-wo-psychicznym odnośnych osobników układu pozapiramidowego, co się z jednej strony ujawnia szeregiem ruchowych zaburzeń reaktywnych, a z drugiej strony — właściwościami ich konstytucji psychicznej, wzmożoną sugestywnością, żywością uczuć, gestów i mimiki, wogóle infantylizmem uczuciowym. To odpowiada też ciekawym wywodom prof. *Mazurkiewicza*, *Messinga* i *Wichert*a o lokalizacji prymitywnych afektów w jądrach podstawowych. Przypomnę, że już *Kraepelin* doszukuje się u osobników histerycznych jakichś ograniczonych zaburzeń rozwoju, ponieważ ich psychika posiada wg. niego cechy czegoś niedojrzałego i dziecięcego.

A co wpływa na wybór cielesnego objawu reaktywnego? Złożoność i przede wszystkim chwiejność konstelacji patofizjologicznej w zaburzeniach reaktywnych w przeciwieństwie do znacznie większej stałości jej w przypadkach organicznych utrudnia dokładne ustalenie mechanizmu wyboru tego lub innego objawu cielesnego. Konstytucja może w pewnych przypadkach zaburzeń reaktywnych, jak podnosi *Birnbaum*, zejść ze swej często decydującej roli czynnika patogenetycznego do podrzędnej roli czynnika patoplastycznego i odwrotnie uraz psychiczny może się wznieść do znaczenia czynnika patogenetycznego. Mimo to jednak można z powyższego splotu wahających się w swem znaczeniu czynników wysnuć pewne ogólne wnioski. Przede wszystkim niewątpliwie sam rodzaj przeżyć psychicznych usposabia do tego lub innego objawu cielesnego. Przestrach, jak zaznacza *Braun*, wywołuje drżenie, lęk — bicie serca, zmartwienia i smutki — brak apetytu. Ponadto również ważnym czynnikiem w wyborze objawu cielesnego jest stan sprawności narządów, rozumianych w szerokim tego słowa znaczeniu, jako narządów wewnętrznych, czucia, ruchu, zmysłów;— podobnie jak sprawa organiczna atakuje narząd mało sprawny pod względem biologicznym, tak samo zachowuje się i sprawa psychiczna, wywołując upośledzenie czynności danego mniej sprawnego narządu. O zmienności konstelacji patologicznej w zaburzeniach reaktywnych świadczy następujący obserwowany przeze mnie przypadek. 26-letnia urzędniczka już trzykrotnie przechodziła objawy histeryczne: w 14 r. ż., w okresie pokwitania miała być anemiczną i stale mdlała, tak dalece, że była zmuszona na kilka miesięcy przerwać naukę, w kilka lat później po zerwaniu z narzeczonym dostawała zawrotów gło-



wy i padała w tył, wreszcie ostatnio po sprzeczce z siostrą cierpiała na kilka dni trwające wymioty.

Na utrwalenie się i patologiczne trwanie objawów reaktywnych, jak już poprzednio zazaczyłem, zdają się wpływać mechanizmy pozapiramidowe przez swą skłonność do iterowania produkowanych objawów.

A teraz ostatnie pytanie — sama możność i łatwość powstawania cielesnych objawów reaktywnych — czem jest uwarunkowana? Na to pytanie, będące węzłem nerwowym całego omawianego zagadnienia, trudno obecnie przynajmniej dać wyczerpującą odpowiedź. Wydaje mi się, że dużą rolę odgrywa tu wrodzona „wadliwa gospodarka uczuciowa”. Uczucie bowiem, jak wiemy, w warunkach fizjologicznych jest siłą scalającą i organizującą poszczególne składniki psychiki, a równocześnie siłą popędową i kierunkową dla całości życia psychicznego, lecz w stanach patologicznych, przy b. dużych i nagłych wahaniach uczucie staje się czynnikiem hamującym i destrukcyjnym nie tylko dla psychiki, lecz również dla przejawów cielesnych (niemożność myślenia, powiedzenia słowa, ruszenia się z miejsca w stanach silnego lęku i t.d.).

Jeżeli w myśl schematu *Pieńkowskiego* wyobrazimy sobie 2 płaszczyzny zasadnicze, reprezentujące 2 zasadnicze nastawienia człowieka i wogóle każdej istoty żyjącej — ku światu zewnętrznemu i ku własnemu ustrojowi, prątendencję extra- i intra-wertywną, to u osobnika histerycznego znajdziemy wybitną przewagę tendencji na zewnątrz, warunkującej jej ogromną zależność od wrażeń świata zewnętrznego. Wrodzony niedorozwój tendencji ku własnemu ustrojowi i na skutek tego niedostatecznie i ubogo rozbudowany świat wewnętrzny tych osobników warunkuje powstanie u nich stanu chwiejnej równowagi uczuciowej, dla której każdy większy uraz cielesny, czy też psychiczny łatwo prowadzi do załamania się, do katastrofy uczuciowej, a w związku z tem i do łatwego powstania cielesnych objawów reaktywnych.

#### PIŚMIENICTWO.

*Artwiński E.*: Spostrzeżenia nad głuchoniemotą i niemotą histeryczną, dokonane w czasie wojny. Przegląd lekarski 1918, Nr. 20. *Artwiński E.*: Przyczynek do nauki o histerycznej głuchoniemocie i głuchocie. Przegl. Lek. 1919. *Babiński & Froment.*: Hystérie — pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre. 1918. *Binswanger.*: Hystero-somatische Krankheitserscheinungen bei d. Kriegshysterie. Mon. f. Psych. 38. *Birnbaum.*: Kriegsneurosen u. Kriegspsychosen auf Grund d. Gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 17 (Ref.). *Bleuler.*: Physisch u. psychisch in d. Pathologie. Z. f. d. ges. Neur.



u. Psych. Bd. 30. *Bostroem.*: Zur Psychologie u. Klinik d. psychogenen Hörstörungen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40. *Braun.*: Psychogene Reaktionen. Handb. d. Psych. Bumke. Bd. 5. *Frank.*: Depersonalisationerscheinungen bei Gehirnnerkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 149. H. 5. *Gerstmann & Schilder.*: Studien u. Bewegungsstörungen. Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 74. *Halban.*: Podział napadów kurczowych węgle obecnych wiadomości o funkcji kory i podkory. Roczn. Psych. Zesz. 18/19 1932. *Higier.*: Wywoływanie i przerywanie drgawek i kurczów. mięśniowych, klonicznych i tonicznych za pomocą zabiegów obwodowych. Neurol. Pol. T. XI. *Hippel.*: Zur Differentialdiagnose organisch oder Funktionell bedingter Gesichtsfeldstörungen. Arch. f. Psych. 73. *Katsch.*: Über Pathogenie u. Erscheinungsform d. Magen-neurosen. Klin. Woch. Nr. 24. 1926. *Kehrer.*: Über funktionelle Störungen traumatisch geschädigter Extremitäten. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. f. Nervenheilk. Bd. 65. *Kehrer.*: Psychogene Störungen d. Auges u. d. Gehörs. Arch. f. Psych. Bd. 58. *Kretschmer.*: Über Hysterie. 1927. *Kraepelin.*: Psychiatrie. 8 Aufl. 1915. *Lewandowsky.*: Die Hysterie. Handb. d. Neur. 1914. *Leyser.*: Über d. Hirnphysiologischen Grundlagen psychogenen Störungen. Z. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 94. *Marinesco & Radovici.*: Des rapports de l'encéphalite épidémique avec cert. troubles hystériques. J. d. Neur. et Psych. 1926. *Mazurkiewicz.*: Układ nerwowy roślinny a zaburzenia psychiczne. Roczn. Psych. Z. 3, 1925. *Meyer - Gross.*: Welche organischen Erkrankungen neigen zu psych. Überlagerungen. Gesellschaftsber. 56. Wanderversmm. in Baden-Baden. Zetr. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 65. *Mourgue.*: Neurobiologie de l'hallucination. 1932. *Müller.*: Lebensnerven u. Lebenstrieb. 1931. *Oppenheim.*: Stand d. Lehre von d. Kriegs- u. Unfahll- neurosen. 1918. *Oppeheim.*: Lehrbuch d. Neurologie. 1923. *Pieńkowski.*: Analiza zaburzeń ruchowych po nagminnem śpiączkowym zapaleniu mózgu. 1925. *Pieńkowski.*: Wartość badań Charcota nad zaburzeniami ruchowemi w hysterji dla patofizjologii ruchu wogóle. Neurol. Pol. 1925. *Pieńkowski.*: Patogeneza powstawania objawów hysterycznych w psychonerwicach wojennych w świetle biologji. 1931. *Rakonitz.*: Hysterische Gesichtsfeldveränderungen u. d. hysterischen Mechanismen. Arch. f. Psych. Bd. 84. *Rothfeld.*: Eine Analyse d. motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsneurosen. Neur. Zentr. 1917. *Rothfeld.*: Przyczynek do różniczkowego rozpoznania między schorzeniami systemu pozapiramidowego a histerją. Pol. Gaz. 1927. *Sommer.*: Lehrbuch d. Gesteskrankheiten. 1984. *Strümpell.*: Über Wesen u. Entstehung d. hysterischen Krankheitserscheinungen. D. Z. f. Nervenheilk. 55. *Wimmer.*: Hysterische Anfälle bei chron. epid. Encephalitis. Hospitalstidende Nr. 69. (Ref. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42).



## PIERWIASTEK REAKTYWNY W PSYCHOZACH OSÓB UWIEŻIONYCH

podał

W. ŁUNIEWSKI.

W ramach zaburzeń psychicznych, które dawniej nazywano „psychozami więziennymi” nie mieszczą się wszystkie te reakcje psychotyczne, jakie mogą występować u osób, pozbawionych wolności z racji dokonania czynu występnego, lub z powodu podejrzenia o dokonanie takiego czynu. Sam czyn występny, który spowodował uwięzienie, może wywołać u osób, posiadających dobrze rozwinięte uczucia moralne, reakcję wstydu, żalu, ciężkie wyrzuty sumienia, może wywoływać cały kompleks uczuć przykrych, które są niezależne od faktu utraty wolności.

U większości przestępców reakcje tego typu zarysowują się słabo, lub nawet zupełnie ich nie ma, występują natomiast reakcje innego rodzaju, które wiążą się ściślej z faktem uwięzienia. W okresie śledztwa występują u osób uwięzionych reakcje strachu, lęku, obawy o wynik śledztwa i o dalsze losy; w okresie odbywania kary uwięzienia z mocy uprawomocnionych wyroków te momenty uczuciowe błędą, zaznaczają się natomiast momenty przykrości, związanej bezpośrednio z ograniczeniami, jakie pociąga za sobą uwięzienie. Fakt utraty wolności, związany z uwięzieniem stwarza w życiu osobnika nienaturalne warunki bytu, które nie są obojętne dla zdrowia fizycznego i psychicznego osoby uwięzionej. Nawet w tym przypadku, w którym do więzienia dostaje się osobnik, pozostający na wolności w bardzo niepomysłnych warunkach, uwięzienie tylko chwilowo może mu się wydać czymś pożądanem i przyjemnem; dłuższy pobyt w więzieniu staje się przykrym nawet dla tego, komu dostanie się do więzienia wydało się w pierwszej chwili błogosławieństwem. Uwięzienie ma wyraźnie na celu zmniejszenie dobrego samopoczucia osoby zamykanej; dąży ono zdecydowanie do sprawienia nie przyjemności, lecz przykrości uwięzionemu, czy to dla



celu odwetu, lub odpłaty społecznej, czy dla celów odstraszenia, czy choćby dla celów wyświeatlenia ukrywanej, a kompromitującej uwięzionego prawdy. Uwięzienie nie może obejść się bez ograniczenia liczby podniet fizycznych i psychicznych; szczególnie jaskrawo zarysowują się te ograniczenia w uwięzieniu śledczym, które odcina osobę uwięzioną od wszelkiej komunikacji z otoczeniem. Uwięziony podlega ograniczeniom ilości powietrza, ograniczeniom światła i ruchu, podlega on też ograniczeniom rozmów i korespondencji, czyli, ogólnie biorąc, ograniczeniom wymiany myślowej i uczuciowej. W niektórych wypadkach uwięziony doznaje też ograniczeń pożywienia.

Ograniczenia, jakie pociąga za sobą uwięzienie, stają się probierzem równowagi i zdolności adaptacyjnej uwięzionego. Nawet u osób, stosunkowo dość odpornych na podrażnienia, względnie zrównoważonych i naogół nieźle dostosowujących się do warunków życia na wolności, dłuższy pobyt w więzieniu wywołuje szereg objawów nieprzyjemnych dla nich samych, lub rzucających się w oczy otoczeniu, jako objawy „nienormalne”. Nawet spokojni i zrównoważeni więźniowie skarżą się często na bóle i zawroty głowy, na bicie serca, drżenie, na zaburzenia snu, wśród których wybitną rolę grają niepokojące marzenia senne. U bardzo wielu więźniów, odbywających dłuższe kary, występuje chwiejność nastroju, wzmożona pobudliwość uczuciowa, zjawiają się uczucia lęku z przelotnymi złudzeniami zmysłowemi, uczucia zahamowania psychicznego, osłabienie uwagi i pamięci, zjawiają się skłonności hipochondryczne, skłonności do fantazjowania, lubowanie się w fantazjach, oddalanie się od rzeczywistości, wreszcie apatia i osłabienie energii.

U osób psychopatycznych (a do tej kategorii należy przecież znaczna większość więźniów) uwięzienie uwypukla ich zmniejszoną zdolność dostosowania się do ograniczeń, znaną skądinąd także z ich życia na wolności i odsłania ich ustrojowe właściwości w sposobie reagowania na ograniczenia życia więziennego. Pewne kategorie psychopatów reagują na uwięzienie w sposób, zakłócający regulaminowy porządek w więzieniu, sprawiając przykrości administracji więziennej i współwięźniom; psychopaci innego typu reagują na ograniczenia więzienne w sposób, szkodliwy dla nich samych, a czasami nawet groźny dla ich życia.

Na obraz reaktywnych zaburzeń psychicznych osób uwięzionych składają się z reguły dwa momenty etiologiczne: 1) psychopatyczne właściwości uwięzionego i 2) właściwości sytuacji i warunków bytowania w więzieniu. W zależności od przewagi jednego z tych momentów możemy w patologicznych reakcjach psychicznych



osób uwieczonych wyodrębnić dwie kategorie przejawów: reaktywnie wywołaną mobilizację i aktywację dyspozycji i skłonności psychopatycznych, bądź ukrytych przed uwięzieniem, bądź ujawnionych poprzednio, ale wzmożonych pod wpływem uwięzienia i 2. zaburzenia psychotyczne, odcinające się ostrzejszą granicą od zwykłego stanu psychicznego więźnia, czyli psychozy więzienne w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Ten podział teoretyczny nie zawsze da się zastosować w życiu. Obie te grupy zaburzeń psychicznych osób uwieczonych często zlewają się między sobą w obrazach złożonych.

Reakcje, w których ustrojowe właściwości psychopatyczne wysuwają się na pierwszy plan.

Prawie, że bezpośrednio z ustrojowych psychopatycznych właściwości osób uwieczonych wynikają często spotykane w życiu więziennym przejawy wzmożonej pobudliwości afektywnej. Pomimo ograniczenia ilości, podniet jakie pociąga za sobą uwięzienie, surowość regulaminu stwarza dostateczną płaszczyznę tarcia dla występowania podrażnień, które ujawniają u osobników tego typu brak opanowania i wywołują szereg reakcji, zakłócających spokój i porządek w życiu więziennym. Psychopaci tego typu nieumieinnie często łamią przepisy regulaminowe, na zwracane im uwagi reagują wymysłami i pogroźkami, stawiają opór władzy więziennej, dochodzący niekiedy do czynów gwałtownych. Nieuniknione kary dyscyplinarne mogą w pewnych razach wywoływać wzmożenie pobudliwości więźnia i prowadzić do reakcji psychotycznych.

U niektórych więźniów tego typu wzmożona pobudliwość staje się cechą trwałą i zaznacza się w stałej skłonności do wybuchów gniewu, skierowanego czy to przeciwko dozorcóm i urzędnikom więziennym, czy przeciw współwięźnióm. U innych wyraża się wzmożona pobudliwość afektywna w przejawach pieniaczych: niewinne zdarzenia życia więziennego, zupełnie rzeczowe zarządzenia władz więzień interpretuje jako skandaliczne nadużycie, występuje ze skargami, i żądaniami do władz nadzorczych, oskarża o nadużycie urzędników więziennych, którym swemi skargami dokucza uparcie. Niektórzy więźniowie zgłaszają się jako chorzy do lekarzy więziennych, których potem oskarżają o to, że ich nie badają dość sumiennie, że lekceważą ich chorobę, że ich nieudolnie leczą; równocześnie mają oni pretensję do władz więziennych o to, że im nie udzielają przywilejów, do jakich czują się uprawnieni jako chorzy i nazywają obojętność władz więziennych „znęcaniem” się nad nimi. Więźniowie tego typu oskarżają sędziów



śledczych o stronność, zasypują ich reklamacjami, podaniami i skargami. Pewien prawnik, który został zaaresztowany pod zarzutem nadużyć pieniężnych, począł zasypywać sędziego śledczego bezprzedmiotowymi reklamacjami, a kiedy reklamacje te nie odniosły skutku, zaczął oskarżać go o stronne prowadzenie śledztwa, wkrótce zaczął podejrzewać prezesa sądu o stronność, w końcu wniósł podanie do Prezydenta Rzplitej, w którym zarzuca ministrowi, że to on nakazał sędziemu śledczemu, aby go szykanował, a to dla tego, że minister chce go pozbawić posady, aby ofiarować ją swemu przyjacielowi.

WzmóŜona pobudliwość afektywna innych więźniów psychopatycznych znajduje swój wyraz w skłonnościach hipochondrycznych. Skargi hipochondryczne wyrastają na podłoŜu dolegliwości neurastenicznych i rzeczywistego upadku zdrowia fizycznego, spowodowanego warunkami więziennymi; więzień wyolbrzymia te dolegliwości, dręczy siebie i lekarzy więziennych obawami o to, że zapadł na ciężką chorobę nieuleczalną.

Skłonności hipochondryczne splatają się nieraz ze skłonnościami pieniaczemi i dostarczają więźniowi swoistego materiału do reklamacyj, skarg i zaŜaleń.

Osoby o skłonnościach egocentrycznych i paranoidalnych znajdują w życiu więziennym dość materiału dla rozwijania tych skłonności w kierunku paranoidalnej interpretacji obojętnych faktów. Wyrażają one nieuzasadnione podejrzenia, że współwięźniowie lub straż więzienna żywią względem nich wrogie zamiary, usuwają się od obcowania z osobami, które o te zamiary podejrzewają, lub popadają w konflikt z temi osobami.

Na tle paranoidalnej podejrzliwości mogą rozwijać się u więźniów właściwe psychozy urojeniowe z urojeniami pokrzywdzenia.

Psychopaci impulsywni wyładowują swoje skłonności patologiczne w życiu więziennym w nieopanowanych wybuchach ze skłonnością niszczycielską, ze skłonnością do gwałtu i samouszkodzeń, w ślepem przeciwstawianiu się wszelkim zarządzeniom, w burzliwych i nieobliczalnych próbach wyrwania się z więzienia. Brak usatkwowania, połączony z niepokojem wewnętrznym, który na wolności znajduje swój wyraz w zmianach zajęć i włóczęgostwie, dochodzi do głosu w warunkach więziennych w ten sposób, że pobudza więźnia do bezmyślnych prób wyrwania się z więzienia drogą gwałtu lub ucieczki.

Psychopatyczne braki uczuć moralnych ujawniają się w życiu więziennym skłonnością do intryg, do szykanowania dozorców i słabszych współwięźniów, do donosicielstwa i napastliwych



wystąpień. Przez więźniów tego typu bywają nieraz inspirowane buntury więźniów, nie mające głębszych motywów i kończące się nieraz krwawymi rozprawami z dozorcami.

Psychopatyczne anomalje popędu płciowego nie znikają w życiu więźnia i, o ile warunki więzienne nie wykluczają ich wyładowania, zakłócają nieraz obyczajność i spokój w życiu więźnia. Najpodatniejszy grunt dla ujawnienia się w więzieniu znajdują skłonności homoseksualne, nie mają też przeszkód do realizacji skłonności autoerotyczne (masturbacja). Jako przejaw, ściślej zespolony z warunkami życia więziennego należy wymienić homoseksualizm zastępczy u psychopatów zasadniczo heteroseksualnych.

Reakcje wzmożonej pobudliwości, wynikające bezpośrednio z ustrojowych właściwości psychopatycznych osób uwięzionych, prowadzą zazwyczaj do naruszania regulaminu i porządku w więzieniu, podrywają dyscyplinę więzienną i sprawiają nieraz wiele przykrości i kłopotu władzom. W reakcjach tego typu osobisty interes więźnia bywa narażony na szwank tylko wyjątkowo (np. w samookaleczeniach, dokonywanych w afekcie), z reguły reakcje te przebiegają raczej pod hasłem obrony własnego interesu lub osiągnięcia tych lub innych przywilejów.

Zaburzenia psychiczne osób uwięzionych, należące do kategorii psychoz w ściślejszym znaczeniu, stoją do pewnego stopnia w przeciwieństwie do tych tylko co opisanych reakcyj. Więzień, dotknięty psychozą reaktywną może też naruszać dyscyplinę i psychoza jego może też utrudniać detencję, w obrazie psychoz właściwych wysuwa się przecież na pierwszy plan raczej niebezpieczeństwo, grożące bezpośrednio samemu więźniowi. Pomimo tej różnicy reaktywne psychozy uwięzionych sensu stricto nie są pozbawione powinowactwa z reakcjami wzmożonej pobudliwości uwięzionych psychopatów: zarówno pierwsze jak i drugie mają przecież wiele wspólnego z łatwo zrozumiałymi reakcjami zdrowych ludzi na fakt uwięzienia i są w istocie rzeczy tylko patologicznym nasileniem tych reakcyj. W szeregu różnorodnych form reakcyj psychotycznych osób uwięzionych do stosunkowo najmniej skomplikowanych należą stany afektywnego podniecenia. Występują one w postaci wybuchów afektywnych z cechami napadów, trwających krótko, ale nasilających się do poziomu szału i prowadzących z jednej strony do ciężkich naruszeń dyscypliny więziennej (krzyki, demolowanie przedmiotów, napaści na otoczenie i t. p.) z drugiej — do impulsywnych samouszkodzeń lub prób samobójczych. Po napadach takich występują luki pamięcio-



we, świadczące o zaburzeniu świadomości w czasie napadu i o jego psychotycznym charakterze. Napady podnieceń afektywnych przypominają pomroczone stany epileptyków, nie mają one jednak genetycznie nic wspólnego z epilepsją.

Również mało skomplikowane są reaktywne stany depresji. Nastrój przygnębienia i smutku z towarzyszącym mu zahamowaniem jest może najnaturalniejszą formą reakcji człowieka, pozbawionego wolności. Nastrój ten przybiera niekiedy bardzo jaskrawe formy, prowadzi do samooskarżeń, a jeszcze częściej do prób samobójczych w więzieniu. Stany depresyjne osób uwięzionych mogą być wyrazem głębszego żalu, wstydu lub wyrzutów sumienia z powodu dokonanego czynu występnego, jednak w wielu razach nie posiadają one tej treści i powstają zupełnie niezależnie od takiej łatwo zrozumiałej motywacji. Zdarza się, że osobnik, odsiadujący karę za jakieś mniejsze przestępstwo, nprz. kradzież, oskarża się o dokonanie ciężkiej zbrodni, nprz. morderstwa, o którym słyszał, że sprawca jego nie został wykryty. Pewien ślusarz, skazany na 4 lata więzienia za pomoc okazaną podpalaczowi, który podpalił cerkiew z zemsty do popa za to, że odmówiono mu rozvodu, oskarża się w stanie depresji o to, że właśnie on podpalił, prosi o rewizję sprawy sądowej; zanim jednak podanie wysłał, składa nowe oświadczenie, w którym oskarża się o zabójstwo. Stan depresji rozwinął się u tego osobnika po otrzymaniu wiadomości, że właściwy sprawca podpalenia, któremu on tylko dopomógł przez dorobienie klucza do cerkwi, został dzięki zabiegom obrońcy w sądzie apelacyjnym uwolniony od kary, jako niepoczytalny.

U więźniów śledczych rozwijają się często reaktywne stany lękowe, którym towarzyszy to podniecenie ruchowe i niepokój, to zahamowanie osłupieniowe ze sztywnością postawy i mimiki. W przypadkach cięższych stanów lękowych spotkać możemy złudzenia zmysłowe, począwszy od izulorycznie błędnego rozpoznawania osób aż do wyraźnych omamów wzrokowych i słuchowych. W cięższych stanach lękowych dochodzi czasami do impulsywnych reakcji samobójczych.

Odmienny obraz przedstawiają stany apatii i zubożenia, występujące u niektórych więźniów po zaaresztowaniu i bardzo podobne do tych, jakie występują po katastrofach żywiołowych i zostały szczegółowiej zaobserwowane i opisane po trzęsieniach ziemi. Te patologiczne stany zubożenia, obserwowane niejednokrotnie u więźniów, zagrożonych bardzo ciężkimi karami, mogą prowadzić sędziów do zupełnie fałszywych wniosków charaktero-



logicznych, jeśli sędziowie nie zorientują się co do patologicznego pochodzenia zubożnienia.

Dobrze są znane w praktyce psychiatrycznej sądowej i więziennej psychorodne stany zamroczeń świadomości. Towarzyszy tym stanom zwolnienie i utrudnienie postrzegania, utrudnienie orjentacji co do czasu, miejsca i osoby, zahamowanie biegu myślowego; pozostawiają one po sobie mniej lub więcej głębokie luki pamięciowe. Już zewnętrzny wygląd tych chorych jest dość charakterystyczny: zachowują się oni tak, jakby sobie z trudem przypominali przeżycia; wyraz twarzy ich jest bezradnie napięty; całe ich zachowanie robi wrażenie zamroczonego; reakcje tych chorych są niepewne, wykazują zupełny brak inicjatywy. Towarzyszą tym stanom cieleśne objawy hysterji (drżenia, zaburzenia czucia, zaburzenia mowy etc.). Do typowych objawów zamroczenia psychorodnego dołączają się niekiedy przelotne złudzenia zmysłowe lub obrazy majaczeniowe z niepokojem ruchowym. Zamroczeniom tego typu towarzyszą często przekształcania postrzeżeń w myśl pewnych wyobrażeń, panujących w świadomości chorego. Spotykamy też w tych stanach nieprawidłowe rozpoznawanie sytuacji i osób, podporządkowane fantastycznym urojeniom wielkości z zafałszowaniem wspomnień i przypominające fantastyczne przeżycia życzeniowe w histerycznych marzeniach na jawie. W niektórych przypadkach psychorodnych stanów zamroczeniowych spotykamy niezwykle i fantastycznie niedorzeczne odpowiedzi i reakcje. Występują te objawy w znanym ze spole *Gansera* i w zbliżonem doń t. zw. otępieniu rzekomem, opisanem przez *Wernickego*. Na pierwszy plan wysuwają się tu objawy, mające pozory sztucznych: chory nie umie odpowiedzieć na najprostsze pytania, nie rozumie rzeczy, które są zrozumiałe same przez się, daje odpowiedzi opaczne lub wymijające. Z treści tych odpowiedzi wynika, że wyobrażenia właściwe, odpowiadające treści zapytania, zjawily się w świadomości chorego. Że te zamroczenia nie są świadomymi symulacjami, przemawia za tem fakt występowania tych stanów w takich fazach procesów sądowych, w których udawanie choroby byłoby zupełnie bezcelowem.

Pokrewne ze stanami zamroczeń są przypadki t. zw. puerylizmu, w których na pierwszy plan wysuwa się charakterystyczne dziecinnie naiwne zachowanie się, stojące w rażącej sprzeczności z kryminalną osobowością chorego. Do tej samej kategorii należą też t. zw. błazeństwa, mające naśladować zachowanie się obłąkanych, jak sobie to wyobraża pacjent (jadanie rzeczy niejadalnych, rzucanie się na ziemię, wykrzykiwanie bezsensownych słów i t. p.).



U pewnej części więźniów śledczych, dotkniętych zamroczeniem psychorodnem, występują zaburzenia ruchowe, ujawniające się w dziwacznej postawie, w grymasach twarzy, w skurczach całych grup mięśniowych, w drzeniu kończyn, głowy i tułowia. Zaburzenia te przypominają z pozoru zaburzenia ruchowe, spotykane w schizofrenji. Nie mają one jednak nic wspólnego ze schizofrenją, gdyż powstają pod wyraźnym wpływem mechanizmów psychorodnych.

Do często spotykanych u więźniów należą też psychorodne stany osłupienia. Więzień pozostaje całe dnie i tygodnie bez ruchu, z naprężonym wyrazem twarzy, nie mówi, nie reaguje na nawoływania i żądania, nie reaguje na ukłócia. Wyraz bezradności w mimice, poszczególne oderwane wyrażenia zdradzają zaburzenia świadomości, o których dowiadujemy się także po ustąpieniu osłupienia. Stany psychorodnego osłupienia mogą trwać bardzo długo. W jednym z obserwowanych przezemnie przypadków stan taki trwał przeszło 3 lata, poczem prawie, że nagle ustąpił. Zastanawiającem było to, że chory począł odzyskiwać jasną świadomość bezpośrednio po silnem uderzeniu go znienacka w twarz przez innego chorego. W przebiegu osłupień psychorodnych występują niekiedy przerwy jasne, po których chorzy znów zapadają w stan osłupienia.

Reaktywne stany urojeniowe występują u osób uwięzionych w różnorodnych postaciach, zależnie od właściwości indywidualnych więźnia. Do częściej spotykanych należą fantastyczne urojenia wielkości, wyrastające na podłożu życzenia uwolnienia się z więzienia: chory produkuje cały romans fantastyczny, poparty zafałszowaniem wspomnień, w którym występuje jako bohater, dygnitarz, człowiek ustosunkowany i t. p. Jeden z więźniów, którego mamy jeszcze w obserwacji, opowiada całą historję o tem, że córka Marszałka Piłsudskiego, którą poznał jako służącą swoich znajomych, zakochała się w nim i obecnie zajmuje się sprawą jego zwolnienia. Inny więzień pisze listy prywatne do papieża utrzymane w tonie przyjacielskim, w których prosi papieża o danie mu rozvodu, bo musi wyrzec się swoich dzieci dla tego, że mają ciemne oczy, które uważa za zanieczyszczenie rasy słowiańskiej.

Urojeniowa realizacja życzeń obraca się nie tylko w sferach, oderwanych od rzeczywistej sytuacji więźnia; często zwraca się ona bezpośrednio do rzeczywistej sytuacji i prowadzi do urojeń niewinności, do urojeń skrócenia kary lub ułaskawienia.

Różnorodnym urojeniom fantastycznym więźniów towarzyszą niekiedy halucynacje słuchowe i wzrokowe, które w tych przypadkach mają wyraźny charakter żywych wyobrażeń, zabarwionych



zmysłowo i posiadających plastyczną wyrazistość. Urojeniowe tendencje reaktywne przybierają niekiedy postać pozornych luk pamięciowych, obejmujących fakty i zdarzenia nieprzyjemne dla więźnia, w szczególności fakty i zdarzenia, dotyczące sprawy sądowej i przeszłości kryminalnej więźnia. Drogą autosugestji więzień wypiera ze swej świadomości wszystko to, co pociąga za sobą nieprzyjemne dlań konsekwencje.

Odmienny charakter posiadają paranoidalne psychozy uwięzionych, których treść stanowią urojenia obserwacyjne i prześladowcze. Osoby odpowiednio do tego usposobione, a mianowicie psychopaci nieufni i podejrzliwi, zaczynają pod wpływem śledztwa i utraty wolności przerabiać urojeniowo swoje wrażenia więzienne: we wszystkim, czego doznają, doszukują się czegoś podejrzanego i wrogiego dla nich, czegoś skierowanego specjalnie przeciwko nim osobiście. W wyniku takiego nastawienia dochodzi u tych osób do systemu urojeń prześladowczych, skierowanych przeciwko urzędnikom wymiaru sprawiedliwości i władzom więziennym. Jeden ze znanych mi więźniów, odsiadujący karę za zabójstwo ojca, wypowiada urojenia, że jest systematycznie truty z rozkazu władz więziennych, które są wrogo przeciwko niemu nastawione. Dowodem, na którym opiera on swoje twierdzenia, są sensacje cielesne, doznawane po spożyciu pokarmów i uczucia duszenia, które miewa w nocy. Bardzo znamienne są u więźniów urojenia, obracające się koło idei pokrzywdzenia przez prawo i noszące znamiona urojeń pieniaczych. Podobnie jak w przypadku urojeń pieniaczych na wolności, zjawiają się urojenia pieniacze w więzieniu u psychopatów o wzmożonym samopoczuciu, kłótliwych, zaczepnych i nadewszystko przewrażliwionych. Przymus i dyscyplina więzienna, jako konsekwencje wyroków sądowych, stają się dla tego typu psychopatów pożywką dla reakcji pieniaczej i bodźcem dla pieniaczo urojeniowej przeróbki przeżyć. Właściwości odczuwania i sposób myślenia psychopatów tego typu, jak niemniej warunki zewnętrzne, związane z uwięzieniem, sprawiają, że rozwija się tu system urojeniowy, dopatrujący się w postępowaniu sądu i władz więziennych cech pogwałcenia prawa i ujmujący postępowanie władz jako zмовę czy spisek, przeciwko nim uknuty.

Osoby uwięzione mogą — rzecz oczywista — ulegać nie tylko psychozom reaktywnym, ale także innym cierpieniom psychicznym wewnątrzpochodnym. Stosunkowo wcale nierzadko można spotkać wśród więźniów procesy schizofreniczne, nierzadkie są tu też psychozy epileptyczne, a nawet przypadki zaburzeń psychicznych o or-



ganicznem podłożu, w szczególności porażenie postępujące. To też rozpoznanie różniczkowe psychoz reaktywnych nastęrcza niekiedy olbrzymie trudności. Szczególne trudności zachodzić mogą przy różniczkowaniu psychoz reaktywnych u więźniów i początkowych okresów procesów schizofrenicznych.

Psychozy reaktywne osób uwięzionych występują nietylko w opisanych powyżej obrazach czystych, ale także w formach skombinowanych. Nie rzadko też u tego samego osobnika jedna postać przechodzi w drugą. Spotkać więc możemy w obrazach psychoz reaktywnych więźniów współlistnienie kilku stanów równocześnie, albo kolejną zmianę stanów.

Tak nprz. reaktywne zmiany nastroju przerywa raptem zamroczenie typu *Gansera*, faza zamroczenia staje się wstępem do psychozy urojeniowej, a znów stan urojeniowy ustępuje miejsca zamroczeniu; po stanach podnieceń występują stany osłupieniowe; zamroczenia i urojenia fantastyczne ustępują miejsca urojeniom pieniaczym i t. p. Spotykamy też u osób uwięzionych kombinację psychoz wewnątrzpochodnych z przejawami psychoz reaktywnych. Tak nprz. niewątpliwy schizofrenik, który dostał się do więzienia za zabójstwo żony, zapada w toku śledztwa w stan zamroczenia typu *Gansera*; po pewnym dłuższym czasie zamroczenie ustępuje, pozostawiając nietkniętym obraz zwykłej schizofrenji, nie zmieniającej się potem przez długi szereg lat.

Niezmiernie złożone obrazy chorobowe, jakie spotykamy u więźniów, czynią bardzo trudnem zrozumienie i rozpoznanie degeneracyjnych psychoz reaktywnych, Trudności rozpoznawcze spiętrzają się ze względu na to, że nie możemy w tych przypadkach pominąć możliwości świadomego udawania i agravacji.

Istota zaburzeń reaktywnych osób uwięzionych.

W przeciwieństwie do psychoz wewnątrzpochodnych, rozwijających się u osób uwięzionych, w szczególności w przeciwieństwie do schizofrenji psychozy reaktywne więźniów odznaczają się tem, że możemy w nich stwierdzić ścisły związek zależności objawów psychotycznych od sytuacji prawnej więźnia i od warunków, w jakich więzień pozostaje. Zależność jest tu bezpośrednia i bardzo wielostronna. Psychozy reaktywne powstają i rozwijają się pod wpływem uwięzienia, przebieg ich zależy od warunków, związanych z uwięzieniem, które odbijają się też w treści objawów psychotycznych. W przypadkach psychoz zamroczeniowych, czy to tych, które występują pod postacią osłupienia, zahamowania i stężenia, czy



tych, w których na pierwszy plan wysuwają się przejawy otępienia rzekomego uderza nas zawsze to, że zachowanie się tych chorych jest pełne sprzeczności. Obok przejawów, przemawiających za ciężkim zaburzeniem świadomości, stwierdzamy fakty, świadczące o prawidłowym kojarzeniu, co nie godzi się ze stanem ciężkiego zaburzenia świadomości. Sprzeczności w zachowaniu się chorych świadczą o powierzchowności zaburzeń, o ich niestałości i ich zależności od wpływów zewnętrznych. Te same cechy znaleźć możemy także w przypadkach reakcyj urojeniowych więźniów, w szczególności w urojeniach fantastycznych. W przeciwieństwie do innych psychoz paranoicznych możemy tu zauważyć, że przypadkowe okoliczności zewnętrzne stają się pobudką do urojeń i dostarczają im materiału co do treści, która zmienia się tu w zależności od nastraju, uczuć, zdarzeń chwili, w zależności od treści przeczytanych książek, prowadzonych rozmów i od gry fantazji. Powierzchnowość urojeń zaznacza się w tem, że chorzy, produkujący urojenia, nie wykazują wiary w to co mówią; ma się tu zawsze wrażenie czegoś sztucznego. Więzień, twierdzący, że władze więzienne czyhają na jego życie, zachowuje się zupełnie spokojnie i wesoło w rozmowie ze współwięźniami, zdaje sobie dobrze sprawę z sytuacji prawnej i troszczy się o jej wyzyskanie na korzyść własnej obrony. Czasami widzimy, że taki więzień wybiera to, co może być dlań korzystniejsze: bądź rzeczywistość, bądź urojenia; w listach do rodziny naprz. ujawnia dorzeczny stosunek do rzeczywistości, natomiast w podaniach do władz wyraźnie demonstrowuje urojenia; dorzecznie rozmawia ze swoim obrońcą, a do sądu pisze niedorzeczności. Te rażące niekonsekwencje zachowania się, ta powierzchowność, to uleganie doraźnym podnietom i przesada nie występują jednakowo wyraźnie we wszystkich przypadkach. W niektórych, a mianowicie w przypadkach urojeń pieniaczych i urojeń pokrzywdzenia, urojenia przenikają dość głęboko: chorzy wierzą w ich słuszność i dają temu wyraz w taki sam sposób, jak to czynią prawdziwi paranoicy poza więzieniem. Konsekwentne stanowisko takich chorych w stosunku do ich urojeń prowadzi ich do poważniejszych zatargów z otoczeniem, które kończą się dla nich samych bardzo niekorzystnie: chorzy ci nie poprzestają na wypowiedaniu obelg, ale dopuszczają się nieraz czynnych napaści na urzędników więziennych, piszą fałszywe oskarżenia i t. p. Bardzo znaczna część więźniów, dotkniętych psychozą reaktywną zachowuje się tak, że daje powód do podejrzwania symulacji. Dawniej czyniono to bez zastrzeżeń i dziś *Wilmanns* do pewnego stopnia nawraca do tego stanowiska, podkreślając fakt, że pewne ze-



społy objawowe spotykają się prawie wyłącznie w środowisku przestępców wielkomiejskich, w którym kultywują się tendencje do tych form reakcji na uwięzienie. Fakt utraty wolności, wrażenia otrzymywane w więzieniu i treść myślowa, związana z pobytem w więzieniu — ogólnie mówiąc: momenty psychiczne, związane z kompleksem więziennym odbijają się w sposób charakterystyczny na objawach psychozy, nadając jej znamienne zabarwienie więzienne. Nieufne nastawienie psychopatów paranoidalnych ujawnia się tu w urojeniach prześladowczych, odnoszących się wyłącznie do osób i stosunków więziennych, do śledztwa i wykonania kary. To samo rzutowanie kompleksu więziennego spotykamy też w złudzeniach zmysłowych, mających treść prześladowczą. W urojeniach pieniaczych widzimy wyraźny wpływ podrażnień, związanych z uwięzieniem i środowiskiem więziennym. Życzenia, związane z chęcią uwolnienia się od kary i z więzienia, znajdują swój wyraz w urojeniach fantastycznych, w urojeniach niewinności i ulaskawienia, w fantastycznych urojeniach wielkości. które nihilują przykrości, związane z pozbawieniem wolności, śledztwem i t. p. W ścisłym związku z sytuacją stoją luki pamięciowe, obejmujące wycinek przeżyć, związanych z dokonaniem czynem występny i sprawą karną; ujawniają one wyraźną tendencję obronną, tendencję do wypierania przeżyć, które są źródłem nieprzyjemności. Piętno ucieczki do choroby, wywołanej stanem sprawy sądowej, zarysowuje się też jaskrawo w obrazach rzekomego otępienia, w zespole *Gansera*, w niedorzecznych paralogiach, w osłupieniu, w puerylizmie i zespole błazeńskim. Charakterystyczne zabarwienia więzienne psychoz reaktywnych i psychorodność ich objawów wyróżniają te sprawy od schizofrenji, która ujawnia się u osób uwięzionych w taki sam sposób, niezależny od sytuacji, w jaki ujawnia się ona u osób, pozostających na wolności.

Przebieg reaktywnych zaburzeń psychicznych osób uwięzionych wykazuje także ścisły związek tych zaburzeń z momentem psychorodnym, który je wywołał. Szczególniej jaskrawo rzuca się to w oczy w przypadkach nagłego występowania tych zaburzeń bezpośrednio po działaniu czynnika, wywołującego reakcję psychotyczną. Takie nagłe wybuchy psychozy występują niekiedy bezpośrednio po zaareztowaniu, lub po ogłoszeniu wyroku. W dalszym przebiegu możemy dostrzec równoległość zmian stanu psychotycznego ze zmianami sytuacji chorego. Każdy nacisk ze strony władz sądowych, każdy moment, wywołujący napięcie uczuciowe (nprz. oczekiwanie) każde zaostrenie dyscypliny i ograniczenie wolności pogarszają stan cho-



rych; w najlepszym razie okoliczności te podtrzymują objawy psychotyczne na niezmienionym poziomie, w większości przypadków wywołują jednak zaostrzenie objawów lub występowanie nowych objawów. Korzystne zmiany w sytuacji, złagodzenie jej w ramach więzienia, osobiście zaś zwolnienie aresztowanego wpływają korzystnie na stan psychozy lub nawet całkowicie ją usuwają. Wszelkie zmiany, występujące w przebiegu zaburzeń psychotycznych reaktywnych, na pierwszy rzut oka niezrozumiałe, wyjaśniają się całkowicie, jeśli się weźmie pod uwagę zmiany, jakie zaszły w sytuacji chorego.

Przebieg poszczególnych form zaburzeń reaktywnych zależy do pewnego stopnia od ich natury objawowej. Tak nprz. stany podnieceń i stany zamroczeń przebiegają zazwyczaj dość szybko, natomiast postaci urojeniowe, a zwłaszcza urojenia pokrzywdzenia i urojenia pieniacze mają skłonność do przebiegu przewlekłego. Pomimo to przecież czynniki psychorodne wywierają wpływ widoczny w każdym przypadku. Niezwykle przewlekły przebieg wiąże się zawsze z niepomyslną sytuacją, najczęściej z długotrwałym uwięzieniem. W przypadkach przewlekłych, jeśli trwają zaburzenia jeszcze jakiś czas po zwolnieniu z więzienia, objawy nie nasilają się do tego stopnia, aby zachodziła potrzeba lokowania chorego w zakładzie.

Zejsście psychoz reaktywnych więźniów jest naogół pomysne. Jeśli jest nadzieja na to, że sytuacja uwięzionego będzie się mogła poprawić, zaburzenia chorobowe rokują poprawę, a nawet można się spodziewać całkowitego powrotu do zdrowia. Zasadniczym postulatem leczenia psychoz reaktywnych więźniów staje się zatem usunięcie czynników drażniących, wydobyć chorego z atmosfery dochodzeń sądowych, i przeniesienie go do korzystniejszych warunków. Postulat ten nie zawsze, rzecz oczywista, daje się zrealizować.

Art. 235 naszego Kodeksu karnego z 1932 roku zagroza karą więzienia do lat 10-ciu temu „kto powoduje trwałą chorobę psychiczną” innej osoby. Warunek „trwałości” usuwa na szczęście paradoksalną możliwość zwrotnego skierowania art. 235 przeciwko urzędnikom wymiaru sprawiedliwości, od których zależy tok postępowania sądowego i decyzja, pozbawiająca człowieka wolności.

Warunki powstawania reaktywnych psychoz więziennych.

Z uwięzieniem wiąże się szereg chorobotwórczych momentów drażniących. Drażniącym jest sam moment zaaresztowania, moment umieszczenia w więzieniu śledczym, dalej przesłuchiwanie sądowe, konfrontacje, zawiadomienie o otwarciu postępowania sądowego, wręczenie aktu oskarżenia, zawiadomienie o terminie sprawy. Mo-



mentem drażniącym staje się wyrok bądź nieoczekiwany, bądź surowszy od oczekiwanego i rozczarowania, następujące po wyroku, jak odrzucenie apelacji, odrzucenie prośby o ułaskawienie, lub zwolnienie warunkowe. Nie mniej drażniącymi są warunki pobytu w więzieniu: regulamin więzienny, izolowanie w osobnej celi, różnorodne kary dyscyplinarne. Do tej litanii momentów drażniących dołączyć się jeszcze mogą niepomysłne wiadomości z domu, jak nprz. wiadomość o śmierci osób bliskich, lub wiadomość o zdradzie żony lub kochanki.

Wpływ tych czynników drażniących ujawnia się w listach więźnia, które wyrażają rozczarowanie, obawę o dalsze losy, obawę o własne zdrowie. Stopień wstrząsu psychicznego, wywołanego przez czynniki drażniące, nie zależy bezpośrednio od natężenia tych czynników. Czasami niewinne okoliczności, jak nprz. odmowa pozwolenia wysłania listu, brak listu z domu i t. p. mogą wywołać zaburzenie psychotyczne tak samo, jak jakaś poważna okoliczność, związana z sytuacją oskarżonego.

Uwięzionego drażnią zresztą nie tylko zewnętrzne warunki jego bytowania, nie mniej drażnią go też własne wyobrażenia zabarwione silnie uczuciowo, związane z troską o przyszłość.

Podniety, wywołujące stan niezadowolenia, powtarzają się i nasilają drogą sumacji. Dyspozycja do reakcji psychopatycznej nasila się w więzieniu wskutek osłabienia fizycznego i szczególnych warunków psychicznych. Uczucie wstydu, żalu i wyrzuty sumienia nie odgrywają większej roli w powstawaniu psychoz reaktywnych. Osoby, które dopuściły się przestępstwa w afekcie oraz ci co dostali się do więzienia poraz pierwszy doznają tych uczuć żywiej, psychozy reaktywne trafiają się zaś u tych osób stosunkowo rzadko. Znacznie częściej spotykamy psychozy reaktywne u recydywistów, którzy odsiadawali już w więzieniu jak również u przestępców z nawyknienia, u których uczucia wstydu i żalu oraz wyrzuty sumienia nie mogą być zbyt silne. Przestępcy tej kategorii powinni by czuć się w więzieniu jak u siebie w domu. W mechanizmie powstawania psychozy reaktywnej u tych przestępców może naturalnie, do pewnego stopnia, współdziałać moment rozczarowania i zawiedzionej nadziei na wykręcenie się od kary, może też współdziałać moment przykrości spowodowanej utratą wolności; najważniejszym staje się tu przecież moment pragnienia choroby. Spotykamy to paradoksalne pragnienie nie tylko u osób uwięzionych; występuje ono także u osób, korzystających z wolności nprz. u histeryków, u osób, zabiegających o rentę oraz u osób, które uległy wypadkowi i starają się o uzyska-



nie odszkodowania. Pragnienie osiągnięcia celu przez chorobę staje się w tych przypadkach zasadniczym czynnikiem, wywołującym napad choroby oraz kształtującym jej objawy. W powstawaniu psychoz reaktywnych u więźniów moment pragnienia choroby współdziała z mniej lub więcej świadomym zamiarem wywołania wrażeń choroby psychicznej, która w mniemaniu uwięzionego może stać się okolicznością korzystną dla niego.

Nie wszyscy są jednakowo usposobieni do psychoz reaktywnych w przypadku dostania się do więzienia. Szczególne usposobienie psychopatyczne do zaburzeń psychorodnych posiadają osobnicy uczuciowo chwiejni i wrażliwi. Usposobienie do psychoz reaktywnych wiąże się z brakiem dojrzałości psychicznej, z pewnego rodzaju infantylizmem psychicznym. Psychozy reaktywne spotykamy najczęściej u więźniów młodych w wieku 20 do 30 lat. Płeć żeńska, wbrew przewidywaniom, nie usposabia do tych form psychoz reaktywnych, jakie spotykamy u więźniów. W materiale szpitala w Tworkach mogliśmy to stwierdzić bardzo wyraźnie, bowiem wśród 85 przypadków psychoz reaktywnych, zaobserwowanych w ciągu dziesięciolecia, widzieliśmy 83 przypadki męskie i tylko 2 przypadki kobiece.

\*     \*     \*

Psychozy reaktywne osób uwięzionych nie posiadają cech specyficzności; zasadniczo nie różnią się one od psychoz reaktywnych, obserwowanych na wolności, podobnie jak i psychozy wewnątrzpochodne więźniów nie różnią się niczem od takich samych psychoz poza więzieniem.

Pewne piętno charakterystyczne psychoz reaktywnych osób uwięzionych zaznacza się w tem, że fakt pobytu w więzieniu wywiera głęboki i wielostronny wpływ na powstawanie tych psychoz, że w dużej mierze kształtuje ich obrazy kliniczne i odbija się na ich przebiegu. Odmiany reaktywnych zaburzeń psychicznych, spotykane wśród osób uwięzionych, nie są więc specyficznymi formami psychoz, stanowią tylko pewien uprzywilejowany typ, należący zresztą do ogólnej grupy degeneracyjnych i psychorodnych zaburzeń psychicznych.

W ramach tego typu możemy wyróżnić do pewnego stopnia kilka odmian w zależności od sytuacji więźnia. Psychozy okresu śledztwa posiadają więcej znamion sztuczności i przesady i bliższe powinowactwo z udawaniem. W odmianie psychoz okresu śledztwa spotykamy częściej stany podnieceń, a nadewszystko stany za-



mroczeń spotykamy w tym okresie także stany depresji reaktywnej i ostre procesy urojeniowe.

W okresie odbywania kary najczęściej występują stany urojeniowe, z urojeniami prześladowczymi i piniaczami. Psychozy, które się rozwijają w warunkach odosobnienia więziennego, cechuje skłonność do złudzeń zmysłowych i do stanów lękowych. U osób, odbywających karę dożywotniego więzienia zjawiają się charakterystyczne urojenia ułaskawienia.



(Z Oddziału Psychjatrycznego Szpitala Szkolnego C. W. San.)

## PSYCHOZY REAKTYWNE W OŚWIECENIU WOJNY ŚWIATOWEJ

i

### SŁUŻBY WOJSKOWEJ.

podał

PŁK. DR. JAN NELKEN.

Przy rozpatrywaniu pierwiastka reaktywnego w psychozach przypada mi w udziale zająć się tym tematem w świetle wojny. Wojna światowa, jako eksperyment w wielkim stylu, wykazała ogromne znaczenie emocyj dla powstawania reaktywnych zaburzeń psychicznych i nerwowych, oraz przyczyniła się do możliwie wszechstronnego zbadania zaburzeń, zwanych pospolicie zaburzeniami psychorodnemi.

Już przy zupełnie powierzchownem zetknięciu się z tego rodzaju psychozami daje się je podzielić na dwie grupy:

I) na znane nam psychozy ogólne z momentami reaktywnymi, a nawet w całości z treścią reaktywną (j. np. głównie schizofrenja, pozatem psychozy organiczne, psychozy starcze).

II) na psychozy powstające reaktywnie, nie zdradzające jednak przejrzystej treści reaktywnej. Na reaktywność psychozy wskazuje w tych wypadkach nie tyle jej treść, wiele przesadna struktura.

Pomiędzy temi krańcowemi formami mieszczą się psychozy reaktywne, zwykle napotykanę w życiu.

Praktycznie według częstości momentów wywołujących dzielą się te psychozy: 1) na psychozy wojenne, 2) na psychozy więzienne i dopiero na trzeciem miejscu — 3) na reaktywne psychozy ogólnozyciowe.

Dzisiaj właśnie mam streścić wiadomości nasze o psychozach wojennych.



Muszę się przedewszystkiem cofnąć o lat kilkanaście do pierwszej mojej pracy z tej dziedziny — o psychozach reaktywnych na wojnie. Praca ta opisuje nam psychozy reaktywne, występujące prawie epidemicznie wśród żołnierzy w trzecim roku wojny światowej. W miastach, na głównych ulicach i placach, przed gmachami komend, na dworcach kolejowych, w kawiarniach, teatrach i kinematografach, w najżywszych ośrodkach ruchu ulicznego żołnierz dostawał nagle napadu gwałtownego szału, rwał na sobie ubranie na strzępy, wykrzykiwał przeraźliwie bez związku, rzucał się na otoczenie, z upodobaniem zwłaszcza na oficerów. Obezwładniony i z wielkim trudem skrępowany zostawał on w niebywałem podnieceniu, wśród zbiegowiska, odstawiany na wojskowy oddział psychiatryczny. Dorywcze wywiady stwierdzały, że żołnierz taki bywał najczęściej na urlopie w swem rodzinnem mieście i że napadu szału dostaje albo bezpośrednio po przybyciu na urlop albo pod sam koniec urlopu. Stąd też i pochodzi popularna nazwa tych psychoz: psychozy uliczne albo urlopowe. Szpitalna obserwacja tego rodzaju reaktywnych psychoz wykazała albo napady podniecenia o niebywałem nasileniu albo też osłupienie z rzekomo nieumotywowanemi napadami szału. Uderzającym było zjawisko, że takie napady występowały najczęściej podczas wizyt lekarskich, kiedy na salę chorych wchodził przełożony wojskowy oddziału, że poszczególny napad działał indukcyjnie na pozostałych chorych tej kategorii — tak że nieraz całe sale zamieniały się w oka mgnieniu w psychiatryczne piekło, pełne rzucających się ciał, nieludzkich wrzasków, strzępów bielizny i połamanych sprzętów. Zaburzenia te dochodziły do takiego nasilenia, że nieraz w czasie nieobecności specjalisty musiano dla uspokojenia tej masy szalejących ciał wzywać do pomocy straż ogniową. Natomiast po przeniesieniu takiego chorego z atmosfery wojskowej do cywilnego zakładu dla umysłowo chorych te podniecenia szałowe ustępowały niezwykle szybko.

Problemat ten wobec ogromnej masowości tych zaburzeń — głównie we wszystkich większych miastach monarchji austro-węgierskiej urósł wkrótce do poważnego zagadnienia wojskowo-psychiatrycznego.

Pierwsze przypuszczenie — nie tylko wśród publiczności i władz wojskowych, ale i wielu lekarzy, a nawet psychiatrów zakładowych — było to podejrzenie sprytnej i wyrafinowanej symulacji. Stereotypowe, jakgdyby przesadnie manifestacyjne powstawanie napaści na oficerów, prawie kópiowany z jednego przypadku na drugi przebieg, zanik burzliwych objawów z chwilą przeniesienia w środowisko cy-



wilne — zdala od atmosfery wojskowej — powstawanie w rodzinie miście na urlopie albo pod koniec urlopu, wreszcie przewaga elementów semickich — uczyniło to przypuszczenie symulacji niezwykle popularnem. Ale i z chwilą pominięcia udawania nie było w ocenie tych objawów wśród psychiatrów zgody, oceniano je ryczałtowo, jako stany pomroczone, to znów jako osłupienie histeryczne, gdzieindziej znów jako ostry napad schizofreniczny i t. d. Dopiero bezstronne fachowe badania, zużytkowanie katamnez, wreszcie z biegiem czasu możliwe — poza gwarem wojennym — porównanie z piśmiennictwem przedwojennym i spokojny historyczny rzut oka — ustaliły, że ogromną większość tych przypadków tworzyły stany reaktywne, względnie psychorodne psychozy reaktywne.

Podaję tutaj krótkie streszczenie obrazu chorobowego tego rodzaju: początkowy napad szału według wzoru wyżej przytoczonego — osłupienie z zupełnem odwróceniem się od świata zewnętrznego i nieprzystępnością — znaczne zwężenie pola świadomości — nastawienie na skąpy bezustannie persewerujący, silnie wzruszeniowo zabarwiony, zespół wyobrazeniowy — samorzutnie występujące, lękowo zabarwione krótkotrwałe stany szałowe, nadto okazyjnie występujące: teatralność, stereotypje ruchowe, „Vorbeireden”, puerylizm. Przykłady takiego persewerującego zespołu wyobrazeniowego muszą tu być pominięte, są one do znalezienia w powyższej mojej pracy. Bez porównania rzadziej występowały stany analogiczne z dominującą depresją.

Poza badaniem tego rodzaju przypadków bezpośrednio po ich wybuchu miałem możność katamnestycznej obserwacji kilkudziesięciu takich chorych już po przeniesieniu ich w ostatnich latach wojny do cywilnego zakładu. Badanie podłoża psychopatycznego oraz krytyczna ocena wywiadów pozwoliły ustalić w wielu przypadkach obarczenie dziedziczne, anomalje charakteru w dzieciństwie, niejednolitość osobowości, brak przystosowania się do rzeczywistości, autyzm, drażliwość, wybuchowość, zmienność nastroju i t. p. Zmiany te występowały nieraz w takim nasileniu, że kwalifikowało one same przez się badanego do zwolnienia z wojska. Te psychozy reaktywne były to zatem, powstające głównie na tle podłoża schizoidalnego reakcje na okropne przeżycia w czasie wojny, przeżycia zatem zewnętrzne, w znaczeniu „ucieczki w chorobę”. Tworzyły one wspólnie z grubem nieraz nawarstwieniem histerycznem znaczną część tych właśnie reaktywnych psychoz.

A teraz przypadek z drugiego końca łańcucha reaktywnego. Lekarz wojskowy X, który już raz w korpusie Dowbora-Mu-



śnickiego przechodził krótkotrwały stan psychotyczny wskutek ciężkiego wzruszenia psychicznego, po wyjściu grudniowego Dz. Rozk. zdenerwował się silnie, bo nie znalazł w nim od dłuższego czasu spodziewanego swego awansu na podpułkownika. Przez tydzień naładowany i bezsenny. Po tygodniu zjawia się nagle do swego komendanta, w stroju służbowym, przy szabli orderach i świeżo nasytych odznakach podpułkownika, melduje się jako taki i, naładowany, żąda zwołania odprawy oficerskiej, na której ma złożyć ważne oświadczenia: stał się cud.... czy otoczenie wierzy w czary, Boga i cud?... wczoraj o godzinie 5-ej wieczorem stał się cud.... przy pomocy Ducha Św. dostał awans na podpułkownika.... „wszyscy ludzie są zaczarowani i on musi ich odhypnotyzować....” Po okresie mniej więcej trzymiesięcznym—zupełne wyzdrowienie.

Rozpoznanie: Reaktywna schizofrenja.

Przechodzę do poglądów nowoczesnej psychiatrii na psychozy reaktywne.

U podłoża takiej psychozy leży wstrząs psychiczny. Jako skutki tego urazu psychicznego *Jaspers* wymienia: 1) bezpośrednio objawy cielesne, 2) naczynioruchowe neurasteniczne zbiory objawów (np. po katastrofach), 3) przemijające zmiany pozaświadomych dyspozycji psychicznych (zamącenia świadomości, odszczepienia). W tej dziedzinie *Jaspers*<sup>6)</sup> odróżnia: 1) wprost wywołane psychozy, których treść nie stoi w żadnym związku z urazem przeżyciem (wypadek śmierci — katatonja, mania, melancholja okresowa). Treść psychozy nie odpowiada zupełnie urazowemu przeżyciu. Psychoza ta mogłaby powstać i bez tego urazowego przeżycia i rozwija się na mocy własnych wewnątrzpochodnych praw zupełnie niezależnie od jakiegokolwiek urazu psychicznego, 2) prawdziwe reakcje reaktywne, których treść stoi w zrozumiałym związku z wywołującym ją przeżyciem, któreby nie wystąpiły bez tego przeżycia i które we własnym przebiegu zależne są od tych przeżyć.

Przy psychozach reaktywnych daje się zauważyć albo natychmiastowa reakcja na przeżycie, albo też reakcja powoli dojrzewająca, póki nie dojdzie do wybuchu.

Jednakowoż w przypadkach praktycznych nie daje się przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy temi dwoma typami, pomiędzy t. zw. reakcjami a fazami. *Jaspers* ujmuje te różnice w następujący sposób: 1) z jednej strony mamy nienormalne stany psychiczne, uwarunkowane wstrząśnieniem psychicznym (katastrofy) bez widocznego związku pomiędzy przyczyną a treścią psychozy. Z drugiej strony



może powstać, psychoza wewnątrzpochodna — schizofrenja — która pomimo swej niezależnej fazy będzie wykazywała pewne objawy reaktywne; 2) z jednej strony zdarzają się psychozy, które powstają po wstrząsie psychicznym, jako przeważającej przyczynie, i wykazują widoczny związek pomiędzy wstrząsem lub przeżyciem a treścią psychozy (t. zw. psychozy reaktywne prawdziwe). Z drugiej strony stoją psychozy procesowe, których treść nie zdradza żadnego zrozumiałego związku z życiem, chociaż może być zapożyczona z poprzedniego życia i treść ta nie ma najmniejszego nawet wpływu na wystąpienie lub przebieg psychozy.

Stany reaktywne dadzą się podzielić: 1) według czynników wywołujących reakcję, 2) według struktury psychicznej tym czynnikiem swoistej i 3) według struktury psychicznej, leżącej u ich podłoża.

Każda pleć, każdy stan, każda jednostka podlega urazom psychicznym na polu walki życiowej, urazom, przekazanym przez przyrodę i okoliczności zewnętrzne. Każdy człowiek ma inny punkt, który najłatwiej ulega zadraśnięciu, inną dziedzinę, która bywa powodem najbardziej gwałtownych wstrząśnięć psychicznych (*Griesinger*). Odróżniać należy zaburzenia psychiczne, powstające przez n a g ł e wstrząśnienia — (przestrach, napad złości, trzęsienie ziemi, ogień artyleryjski, napad lotniczo-gazowy) od wstrząśnięć narastających w życiu przewlekłe, wywołujących głębokie zmiany afektywne stałe (niepowodzenia w późniejszym życiu, dożywotnie więzienie).

*Birnbaum*<sup>1)</sup> w przypadkach psychogenji, stwierdza, że rzadko kiedy można przyznać osobnikom, dotkniętym zaburzeniami psychorodnemi zupełną pełnowartościowość psychofizyczną, a najczęściej ma się tu do czynienia z psychorodną dyspozycją, wrodzoną lub nabytą. Dyspozycja psychorodna wrodzona polega na wzmożonej chwiejności psychonerwowej z chorobliwie wzmożonem oddziaływaniem i nerwowym brakiem oporu. Osobniki tego rodzaju mają skłonność na wszelkiego rodzaju podniety zewnętrzne (alkohol, gorączka) reagować patologicznie zaburzeniami świadomości, stanami podniecenia, bredzeniem i t. d. Dyspozycja psychorodna nabyta jest skutkiem szkodliwych wpływów wszelkiego rodzaju, jak nadużywanie alkoholu, urazy głowy, osłabiające choroby i inne wpływy. Pojedynczem doświadczeniom z czasów pokoju odpowiada na wojnie doświadczenie masowe, dostarczające dostatecznych powodów dla sprawy powstawania cierpień psychorodnych. Jest to dyspozycja nietrwała, ale przeciwnie przemijająca:



obok dyspozycji wrodzonej, powstającej na tle degeneracyjnym należy się liczyć z analogiczną dyspozycją nabytą przez szkodliwości życiowe oraz dyspozycją występującą epizodycznie u ludzi dotychczas bez zarzutu. Objawy wszystkich tych rodzajów dyspozycji są analogiczne.

Dla zaburzeń psychorodnych charakterystyczną jest ogromna ilość obrazów poszczególnych, które wszystkie dają się wyprowadzić ze znajdującej się pod wpływem emocji psychiki. Nietyle są to już kompletne typy chorobowe ile pojedyncze reakcje psychiczne o rozmaitych właściwościach. Psychorodne zaburzenia życia uczuciowego dzielą się na dwie grupy: 1) na bezpośrednie reakcje emocjonalne i na zaburzenia emocjonalne następne i trwałe. Dla pierwszych zwłaszcza analogiczne jest zabarwienie patologiczne — istnieją stany szału na froncie, opisane przez *Stranskyego* jako *Kriegsknall*, analogiczne do stanów szału w więzieniu — *Blaukoller*. Dalej idą stany dłuższego chorobliwego podniecenia, zdarzającego się najczęściej w więzieniu. Tego rodzaju stany znane są również według *Stranskyego* w polu podczas deprymujących odwrótów: obserwował on wówczas u ludzi zupełnie zbornych, ale nieco nerwowych, momenty wybuchu z bezmyślnym wymyślaniem i tendencją do ślepej agresji z powodów błahych — podniecenia stojące w zupełnej sprzeczności ze zwykłym usposobieniem osobnika.

Przedłużone stany depresji charakteryzują się cielesnymi objawami zdenerwowania z jednej, a objawami nie zrównoważenia psychicznego, wzmożoną drażliwością, skłonnością do wyładowań ruchowych i popędami samobójczymi z drugiej strony.

Dalej idą stany psychorodnej depresji. Na różniczkowanie z prawdziwą melancholią wskazują jedynie psychorodne momenty przy początku choroby, niewykluczone zresztą i przy prawdziwej melancholji. Dla rozpoznania jest ważniejszą skłonność psychorodnej depresji do ulegania wpływom psychicznym oraz przewaga psychorodnego kompleksu w stanie chorobowym wogóle. *Pappenheim* specjalnie opisuje depresje z tęsknoty u jeńców wojennych. Depresje psychorodne są zjawiskiem niezmiernie częstym podczas pokoju, a zwłaszcza na wojnie, zarówno na froncie jak i u rodzin w domu. O zabarwieniu psychorodnem rozstrzyga tu wogóle zabarwienie wojenne tych psychoz.

Poza depresją dla stanów wzruszeniowych charakterystyczny jest lęk. *Rhode* opisuje tego rodzaju stany lękowe po bitwach. Daleko bardziej charakterystyczne są stany lękowe następne





(wykolejenie pociągu, eksplozja granatu, jazda tramwajem, zjazd do kopalni i t. d.). *Engelen* wspomina o nerwowym lekarzu wojskowym, który z powodu lęku, że zapadnie się sufit, w czasie ognia nie mógł się znajdować (od momentu pewnego wybuchu w pobliżu) w zamkniętym schronie. Pełniąc służbę nie był on w stanie używać zamkniętych korytarzy okopowych, ale szedł odkrytem polem, narażając się na ogień nieprzyjacielski. Od stanów lęku reaktywnego jest już jeden krok do stanów lęku natrętnego. *Laudenheimer* opisuje pod nazwą „Graukoller” neuropatyczne stany wojenne: lęki, napady wściekłości przy stykaniu się z wszelkimi sprawami wojskowymi u egocentrycznych pracowników umysłowych, którzy odsunęli się od wojny.

Stwierdzenie stanów psychorodnych o zabarwieniu wesołym jest daleko mniej pewnym wogóle, a na wojnie w szczególności. Stany hypomanjakalne zdarzają się w tym sensie na wojnie bardzo rzadko po ogniu artyleryjskim lub napadach na bagnety.

Wreszcie zdarza się zupełny zanik affektu — apatja — znana nam z opisów katastrof, przy wypadkach lotniczych oraz przy chrzcie ogniowym w polu (*Stransky*). Biologiczne tłumaczenie tych stanów polega na celowym ograniczeniu ludzkiej wrażliwości w celu samoobrony psychicznej.

W dziedzinie wyobrażeń pierwszorzędną rolę odgrywa przeżycie urazowe na wojnie, wykazujące jako zespół kompleksowy niezmierną gotowość do nawrotów. Znana jest niemożność pozbycia się ze świadomości różnych urazowych, przeważnie odznaczających się okrucieństwem, zdarzeń (omamy wspomnieniowe, stany pomroczne, plastyczne sny wojenne). Liczne masowe złudzenia zmysłowe powstają na wojnie na gruncie afektu zbiorowego, jako realizacja omamowa kompleksów. Znane są we wszystkich wojnach masowe złudzenia zmysłowe straży przednich o zbliżającym się wrogu. Ja sam mógłbym podać analogiczny przypadek sądowy tak zwanego tchórzostwa wobec wroga. Jako typowa halucynacja życzeniowa zanotowana jest masowa halucynacja całego oddziału wycieńczonych żołnierzy francuskich — halucynacja Matki Boskiej, która w kościele obiecała im ochronę i opiekę. Masową halucynację opisuje również *Wedekind*: przybita obsada samotnego fortu górskiego poddaje się lękowym omamom wzrokowym i słuchowym, mającym świadczyć o nocnym napadzie wroga. Oddziały angielskie na początku ostatniej wojny, cofając się, w najwyższym stopniu znużone fizycznie i psychicznie, widziały podczas odwrotu św. Jerzego z gromadą hufców anielskich, kryjącego ten odwrot.



Uraz psychiczny na wojnie może dać powód do ostrych, krótkotrwałych, bezmyślnych zaburzeń psychicznych. *Isserlin* podaje przypadek żołnierza, rzucającego się pojedynczo z okopów na nieprzyjaciela po rozerwaniu jego sąsiada przez wybuch granatu. Uniknął on pewnej śmierci li tylko dzięki przytrzymaniu go przez towarzyszy. Przez pewien krótki czas znajdował on się w zamroczeniu i wykazywał następczo dla całego zajścia lukę pamięciową. Są to ostre stany pomieszania zmysłów w dosłownym tego słowa znaczeniu. Psychorodny ich charakter stwierdza się przez to, że znikają one zarówno prędko po usunięciu przyczyn wywołujących, jak zjawiają się po ich powstaniu. Podkreślam analogię z psychozami urlopów.

Należy na końcu wspomnieć o psychicznej drożności w całym zakresie psychogenji. Jest ona przyczyną wzmożonej skłonności do nawrotów i ich niebezpieczeństwa: stąd łatwość powstawania tych zaburzeń i stereotypja w reagowaniu psychorodnem na każdą niemiłą sytuację życiową. I tutaj należy powrócić do moich epidemji psychicznych we Lwowie.

*Braun*<sup>3)</sup> życzy sobie widzieć w reakcjach psychorodnych stronę biologiczną i dynamiczną.

Reakcja psychorodna jest rezultatem zmian kolejnych pomiędzy dyspozycją, specyficzną gotowością do pewnego określonego zaburzenia psychicznego i wywołującym ją duchowem przeżyciem. Dyspozycja ta może powstawać z konstytucji a zatem być dziedziczną lub wrodzoną, albo też może coprawda w daleko rzadszych wypadkach — (*Birnbaum*) powstawać w życiu późniejszym: alkohol, nikotyna, choroby zakaźne, zjawiska normalno-biologiczne, jak miesiączkowanie, ciąża, starzenie się. Również i szkodliwości głównie psychiczne — długotrwała i bezskuteczna walka z przewagą okoliczności zewnętrznych, stałe przytłumienie psychiczne w połączeniu z ciągle powtarzającemi się podnieceniami — jak na wojnie, w obozach. W końcu — potężne, przerażające przeżycia z ich psychicznemi wstrząsami mogą być histerofilne i wzmacniać gotowość lub ją stwarzać do niezwykłych reakcyj (*Bonhöffer*). W tym sensie bywa każdy człowiek „zdolnym do histerji”. W większości jednakże wypadków daje powód ku temu konstytucja z jej dziedziczną lub nabytą gotowością, z jej psychoreaktywną zmiennością (*Kleist*).

Każdy człowiek posiada swój własny i tylko dla niego specyficzny sposób reagowania i żaden system, żadna teoretyczna konstrukcja nie może mieć nadziei dorównać w zupełności nieskoń-



czonej rozmaitości zdarzania się. Jedni (*Kehrer, Bonhöffer, Reichardt*) uważają konstytucję jako moment wywołujący w każdym przypadku, drudzy — *Birnbaum*, psychoanaliza, psychologja indywidualna zwracają mało uwagi na konstytucję. Prawda leży pośrodku.

Jeżeli badać niektóre takie osoby przez całe życie, to można się przekonać, przez które właściwości — konstytucję czy przeżycie jest uwarunkowaną formą tych reakcyj. Zdarzają się dwa przeciwne bieguny: 1) typy, reagujące przez całe życie na wszystkie warunki w jednakowej stałej formie (np. napady histeryczne) i 2) wypadki rzadsze, w których samo przeżycie uwarunkowuje formę reakcji.

W tem miejscu wypada mi powrócić do moich badań katamnestycznych nad psychozami reaktywnymi na wojnie, aby stwierdzić odpowiednią dyspozycję psychiczną u moich urazowców. Wspólna dynamika tych psychoz widoczną jest ze wspólnej ich z fotograficzną ścisłością treści.

*Bleuler* <sup>2)</sup> podnosi częstość reakcyj psychicznych przy schizofrenji, nie przesądzając ich bezpośredniego związku z procesem schizofrenicznym.

Rozpatrując przyczyny schizofrenji *Bleuler* wymienia namiętności i niezadowolenie z życia. To drugie bywa raczej skutkiem, a nie przyczyną zachorowania.

Sprawę czy schizofrenja wogóle powstaje na podstawie przyczyn psychicznych pozostawia *Bleuler* otwartą, jest raczej skłonny do jej zaprzeczenia. Przy dobrych wywiadach znajduje się tak często oznaki schizofrenji przed urazem psychicznym, że trudno jest przypisywać temu urazowi kardynalną rolę wywołującą. Jeżeli zaś wogóle istnieje jaki związek, to znowu jako skutek, ale nie jako przyczyna.

A jednakże, powiada *Bleuler*, myśl o psychicznej etjologii tej psychozy powstaje ciągle nanowo i to z wielu przyczyn: psychoza powstaje zbyt często po przeżyciach przykrych: pogorszenia i polepszenia bezwzględnie są uzależnione od wpływów psychicznych, wreszcie treść objawów (życzenia w majaczeniach, symbole w stereotypjach) wskazuje na związek z przeżyciami. Z tego wszystkiego nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nieprzyjemne przeżycia psychiczne mogą powodować zbiory objawów schizofrenicznych. Jest jednakże w najwyższym stopniu nieprawdopodobnem, aby sama choroba mogła być przez nie wywołana. Wydarzenia psychiczne mogą powodować



objawy, ale nie wywoływać choroby, tak jak wysilek u suchotnika może wywołać krwotok. Porównanie to nie jest w zupełności trafne, prostuje jednak *Bleuler*, ponieważ przy objawach schizofrenicznych nie rozchodzi się o uszkodzenie, ale o reakcję przy zmienionych warunkach psychicznych, które zasadniczo nie różnią się od reakcji normalnej.

Przykłady: Upadek do wody nie jest przyczyną następcej schizofrenji, przerażenie mogło w tem przypadku doprowadzić już nadwyreżoną psychikę do anormalnej reakcji.

Schizofrenja może powstać po wypadkowem spotkaniu z dawnym narzeczonym i może się powtórzyć po latach zupełnej remisji z tego samego powodu.

Student medycyny dostaje napadu katatonicznego przed egzaminem półkursowym, napad ten się powtarza przed egzaminami ostatecznymi. Pewien inżynier dostaje napady omamowe przy aresztowaniu go z powodów politycznych, a następnie analogiczne napady przy rozwodzie ze swoją żoną. Pewna dama, mogąca jeszcze się utrzymać w domu, dostaje za każdym razem jakieś odmowy napadów schizofrenicznego podniecenia.

Znaczną część materiału mych psychoz reaktywnych tworzą reakcje na przeżycia zewnętrzne powstające na tle podłoża schizofrenicznego z większym lub mniejszym nalotem histerycznym. Te reakcje tworzą w przeciwieństwie do hysterji właściwej znaczną część tego materiału. *Braun* ostatnio podkreśla, że reakcja histeryczna wogóle wybiera typy intelektualnie mało wartościowe, egoistyczne, upośledzone w kierunku zahamowań etycznych — „osobowości”, jak się on wyraża, „prymitywne”.

W reakcjach tych dają się zauważyć dwie grupy: przeżycie, jak to wówczas już podnosiłem, wywołuje typowy kliniczny obraz schizofreniczny z treścią związaną z przeżyciem, z wybitnym negatywizmem, długotrwałem karmieniem sztucznem, nawet z odleżynami: reakcje te przymykają bezpośrednio do faz albo napadów i są raczej do nich podobne. W grupie drugiej—bez porównania częstszej — przeważają reakcje psychorodne, zabarwione schizofrenicznie i powstałe, jak to katamnesticznie stwierdzić można, na tle utajonej schizofrenji względnie schizoidalnej psychopatji. I tu następuje styczność z wyżej wymienionym wnioskiem *Brauna*.

Ostrej granicy między temi dwiema grupami niema, jak to wykazują przypadki, w których stany reaktywne nie ulegają uleczeniu, przechodząc w prawdziwą i przewlekłą schizofrenję, lub też ustępu-



ją — dając miejsce w dalszym życiu — w nawrocie — już czystej i niereaktywnej formie schizofrenji.

W dziedzinie symptomatologii spornym jest fakt zamroczenia świadomości, ze specjalnem zamięłowaniem rozpoznawany w tych przypadkach, traktowanych, jako zamroczenia histeryczne: opanowanie psychiki przez skąpy kompleks wyobrażeń z dynamicznem stłumieniem obojętnej treści świadomości dawał powód do przypuszczenia zamroczenia. Czy ma się tu do czynienia z rzeczywistym zamroczeniem świadomości, czy też z jedynie czynnościowym odsuwaniem treści narazie obojętnych ze świadomości — pozostaje sprawą sporną. Fakt, że tego rodzaju chorzy potrafią dokładnie orjentować się i zbornie załatwiać swe czynności, aby za chwilę wrócić znów do poprzedniego stanu chorobowego, przemawiałby raczej za tem drugim przypuszczeniem. Częściowe amnezje następcze sprawy tej nie rozstrzygają, gdyż zdarzają się one i poza stanami pomrocznemi. W każdym razie przyćmienie świadomości jest tutaj objawem zasadniczym.

Pozostają w końcu do omówienia dwie sprawy psychologiczne niezmiernie interesujące, analiza momentów wywołujących i analiza zabarwienia wojennego treści psychozy — sprawy tem ciekawsze, że napozór wyglądają paradoksalnie.

Na wojnie szeregowi zapadają daleko częściej na reakcje psychorodne niż oficerowie (*Bumke*). Dalej na masywne objawy histeryczne według niektórych autorów zachorowują na wojnie tęgie parobki ze wsi, wówczas kiedy ich wędli koledzy z miasta są przez te objawy oszczędzani.

Uderzającym jest fakt, że te stany reaktywne powstają u żołnierzy właśnie podczas urlopu, w ich środowisku domowym, a nie na froncie, w ciężkich sytuacjach bojowych lub w czasie służby wojskowej z jej codzienną uciążliwością. Mimowoli nasuwa się analogja z histerją wojenną, dojrzewającą na tyłach w szpitalach (*Lazarethysterie*).

Tłumaczy się to tem, że przyjazd na urlop często po bardzo długiej nieobecności w domu, jest połączony nieraz z urazowo działającym odkryciem — z ostatnią kroplą goryczy. Treść psychozy dostatecznie ilustruje cały szereg takich sytuacji.

Daleko dziwniejszym jest jednak mechanizm psychologiczny wybuchu tych stanów pod sam koniec urlopu. Według niezmiernie subtelne go określenia *Stranskyego*<sup>10)</sup> działa tutaj wzruszeniowo-„przedwczesna tęsknota” - „antizipierende Nostalgie”, przewidywanie konieczności oderwania się od krótkiego po-



bytu w środowisku rodzinnym i powrotu w obce i ciężkie warunki wojenne. Nawiązując do podkreślonego przez *Jaspersa* znaczenia tęsknoty przy powstawaniu zaburzeń psychicznych i przestępczości w okresie jeszcze przedwojennym, można stwierdzić, że w czasie samej wojny wpływ tęsknoty, występując w sposób jaskrawy, może powodować wybuch psychozy reaktywnej i ostentacyjne wystąpienia przeciw subordynacji wojskowej pod postacią napaści ulicznych na przełożonych.

Ostro działającym ogromnym urazom psychicznym, typowym dla wojny, przeciwstawia się tu kumulacyjny wpływ przewlekłych i trwałych przykrych afektów, związanych z całokształtem życia na wojnie. Tego rodzaju afekty działają może nawet silniej na osobników psychicznie mało wartościowych i niedorosłych do sytuacji, stwarzanych przez wojnę, niż bezpośrednio pełne grozy przeżycia wojenne. Przygotowują one głównie grunt do zjawiania się mechanizmów życzeniowych w przeciwnym kierunku — na długo przed wybuchem psychozy.

A teraz w odróżnieniu od szematów postaram się wypełnić tę lukę, którą zaznaczyłem pomiędzy krańcowymi przypadkami, podanymi na początku tego zarysu. Podaję:

1) Przypadek zbrodni tchórzostwa, jako wyniku nerwicy reaktywnej.

2) Przypadek przejścia do Rosji, jako wynik psychopatii i nerwicy urazowej. Nosiciel śmierci dla swych przyjaciół zapragnął opuścić otoczenie, gdzie niósł nieszczęście i zakończyć życie po dokonaniu zemsty na przywódcach bolszewickich — w ten sposób oddać ostatnią usługę ojczyźnie.

3) Nadużycia kasowe. Nerwica histeryczna, reaktywnie związana ze sprawą karną, uniemożliwiająca każdorazowo przeprowadzenie rozprawy sądowej i wydanie wyroku.

4) Lekarz wojskowy — Żyd — odmawia posłuszeństwa przy raporcie wojskowym, ponieważ nie jest z kraju, który należy do państwa polskiego. Afekt patologiczny.

5) Szeregowiec oskarżony o samowolne oddalenie się. Przypadek ciężkiego zwyrodnienia psychopatycznego o charakterze reaktywnym, spowodowany pobytem w obozie jeńców w niewoli bolszewickiej.

6) Przypadek pseudodemencji u osobnika psychopatycznego, oskarżonego o dezercję i bigamię, powstałej w więzieniu.



*Przyp. I.* Por. L. B. oskarżony jest o zbrodnię tchórzostwa, a mianowicie o to, iż, będąc wysłanym przez swoje D-wo z podjazdem, w panicznym strachu uciekł przed domniemanem niebezpieczeństwem ze strony nieprzyjaciela.

Matka jego cierpiała na histerję z płaczem i konwulsjami. On sam, służąc w Dzikiej Dywizji Kozaków był w r. 1916 kontuzjowany, został przysypany, stracił przytomność na 15 minut, po 2 i pół miesiącach zaczął mówić jak małe dziecko. Od czasu tej kontuzji miewa ból i szum w głowie oraz jaką się. Na pogorszenie się jego stanu nerwowego wpłynęła śmierć jego ojca, który zmarł na jego rękach z wycieńczenia głodowego po wejściu naszych wojsk do Kijowa. Umarł on w dzień odwrotu wojsk naszych i syn nie mógł go nawet pochować. Podczas odwrotu z pod Kijowa zabito pod nim konia, który przygniótł mu nogę. Zdenerwowanie jego zwiększyło się, zaczął się bardziej jąkać. Nastąpiła w nim zmiana, „stracił serce do boju”. Mógł jeszcze iść do boju całą masą, ale w podjeździe nie mógł już brać udziału. Pojechał na podjazd, wytrzymał obstrzał nieprzyjaciela i podczas cofania się o świcie stracił panowanie nad sobą i uciekł. Stało to się mianowicie tak: wiedząc, że nalewo są bolszewicy, zobaczył coś w rodzaju majaczącej się tyraljerę — potem okazało się, że to były krzaki — usłyszał djabelski śmiech — spał konia i uciekł. Po pół godzinie przyszedł do siebie, przyjechał do Płocka i napisał odośny meldunek. — Orzeczenie: Nerwica urazowa. Stan nerwów, wykluczający możność w chwilach wstrząśnięć, wywołanych wyobrażeniami działającymi urazowo, opanowania siebie i oddający go na pastwę wyłącznie instynktu samozachowawczego. Za czyn inkryminowany — paniczną ucieczkę podczas podjazdu, jako za czyn popełniony w stanie psychicznym wyjątkowym, odpowiedzialnym być nie może. Doświadczenie wojenne wykazuje, że cierpiący na wojenną nerwicę urazową z niezmierną łatwością ulegają w sytuacjach bojowych przemijającym i niepokonanym stanom lękowym, nie mającym nic wspólnego z odwagą lub tchórzostwem.

*Przyp. II.* Ppor. A. U. (I) oskarżony jest o to, że w r. 1920 opuścił samowolnie swój oddział pełniąc służbę na froncie w obliczu nieprzyjaciela i przeszedł na terytorjum, zajmowane przez armję nieprzyjacielską, gdzie pojmany został do niewoli. Po ucieczce po 7 miesiącach z niewoli nie stawił się w oddziale, lecz pozostawał po za nim przez 17 miesięcy, póki nie został aresztowany.

Oskarżony przeszedł na stronę nieprzyjaciela pod pozorem przeprowadzenia wywiadu — bez rozkazu i uprzedzenia o tem swoich przełożonych. Tłumaczy się tem, że miał zamiar przedostać się do Moskwy, by tam dokonać zamachu na życie Lenina lub Trockiego. Widząc, że czynu tego nie będzie mógł dokonać zbiegł on po kilku miesiącach z niewoli. Do pułku nie zgłosił się, wstydząc się kolegów.

W pułku znany on był z odwagi i uchodził za dzielnego oficera, który się przed niczem nie cofał. Otoczenie jego uważało popełnioną dezercję za fantastyczny pomysł szalonej odwagi. Raz zwierzył on się, że ślubował sobie zabić Lenina i Trockiego i prosił kolegów aby nie dziwili się, jeżeli on zniknie na parę miesięcy.

W dniu krytycznym był on specjalnie zdenerwowany, zamyślony i niespokojny. Zdenerwowanie swoje przypisywał on śmierci kolegi swego ppor. L.

W czasie służby w armji niemieckiej był on na froncie zachodnim zasypany przez minę wybuchową, ranny, leczony następnie w szpitalu dla chorych nerwowych, wreszcie zwolniony z wojska. Od tego czasu zdradzał pewne chorobliwe rysy charakteru: determinację, szalone pomysły i t. d.



W czasie obserwacji przejawiał chorobliwie wzmogoną nadwrażliwość, powodującą przemijające nastroje depresji z napadami płaczu, bezsennością, skargami na bóle w okolicy serca i głowy. O sobie nie jest w stanie mówić bez silnego wzruszenia — zaczyna się wówczas trząść i płakać. O motywach czynu można użyć od niego wiadomości jedynie na piśmie.

Był on trzykrotnie ranny, raz kontuzjowany. Alkoholu używał rzadko. W wojsku niemieckim zaczął próbować morfiny. Zażywa ją, kiedy czuje tego potrzebę; zresztą robi przerwy, które dobrze znosi.

O motywach swego czynu podaje on pisemnie:

„Wojna. Rok 1914. Zwyczaj żołnierski w polu trzymać przyjaźń z jednym lub dwoma kolegami. Miałem i ja przyjaciela. 1915 rok. Walka o Mławę. Ja, ranny odchodzę do szpitala. Na drugi dzień przynieśli mego przyjaciela martwego: w drodze zmarł. Po wyleczeniu wracam do pułku: inny kolega zastąpił pierwszego. Wyjeżdżając na urlop dowiaduję się, że kolega ten jest zabity. Wróciwszy z urlopu rozejrzałem się za innym towarzyszem. Kontuzjowany pod Reims odchodzę do szpitala. Mój kolega poległ tego samego dnia... Zżydam się na nowo z jednym kolegą... Padł on krótko po moim odejściu do innego oddziału. — Poznałem, że mnie coś złowrogiego ściga i ja stałem się pośrednio winnym ich śmierci. Towarzysze zaczynają mnie unikać. Cierpiałem pod tym balastem. Morfina daje mi ulgę... Klęska armji niemieckiej... Nowa epoka... Przyjeżdżam do Lwowa i wstępuję do... pułku piechoty. Nowej przyjaźni nie zawieram. Unikam towarzyszy. Starałem się, aby wszyscy mnie nienawidzili. Oprzeć się nie mogłem po pewnym czasie zbliżeniu się do mnie jednego kolegi. W lutym 1920 r. wyjeżdżam na urlop, dogoniła mnie wieść że poległ... Byłem złamany. Pochowałem przyjaciela. Wróciłem do pułku. Ohydne wizje i widziadła prześladowały mnie. Alkohol i morfina nie ogłuszały mego bólu. Wściekłość sadystyczna porywała mnie. Wyłoniła się myśl mego projektu. Pragnąłem opuścić otoczenie, gdzie niosłem nieszczęście i skończyć z życiem. Zniszczyć największych wrogów i oddać ostatnią usługę mojej ojczyźnie. Znalazłem się pewnego dnia u wroga. Dążeniem mojem była Moskwa. Ujęty zawikłałem się w zeznaniach...”

Osobnik dziedzicznie obciążony, psychopatyczny i cierpiący na nerwicę urazową znajduje się pod dominującym wpływem chorobliwego urojenia, wskutek czego nie mógł on przemijająco w tym czasie kierować swemi postępami ani też rozumieć istoty i znaczenia tego czynu.

*Przyp. III.* Kpt. H. B., ur. 1888 r., oskarżony jest o nadużycia w latach 1929 i 1930: 14 wypadków przywłaszczenia, względnie sprzeniewierzenia, przetrzymywania pieniędzy dla dostawców, podrabiania podpisów i t. d.

Przez cały czas pobytu w szpitalu zachowywał się spokojnie i poprawnie. Zawsze uprzejmy, rozmowny, delikatny w obęściu, nie wykazywał żadnych nienormalności, wybryków ani też czynów nieumotywowanych.

Przeczulony, przewrażliwiony, wszystkiem się przejmując, łatwo się emocjonuje, byle drobnostka wytrąca go z równowagi. W czasie badania często podnieca się, nie może spokojnie mówić, głos mu się załamuje i zamiera. Łatwo wpada w stan depresji. Trwożliwy, ma złe przeczucia, stale węszy i oczekuje czegoś złego, miewa lęki. Lęki czasem przeobrażają się w ataki strachu, nieokreślone obawy, zdaje mu się, że się stanie coś strasznego, że za chwilę skona lub dostanie obłąd. Dostaje nagle silnych ataków nerwowych ze spazmatycznym płaczem i niesamowitym krzykiem. Specjalna kategoria lęków dotyczy okoliczności i osób,



które mają styczność z jego sprawą sądową, węszy i wietrzy wtedy zdradę i podstęp.

Od czasu kiedy badany dowiedział się o niekorzystnym wyniku orzeczenia lekarskiego stan jego wybitnie się pogorszył; wystąpiły liczne skargi hipochondryczne oraz stałe przebywanie w łóżku. Na widok komisji lekarskiej, przeznaczonej do zbadania go, wpadł on w stan niesamowitego podniecenia ze spazmatycznym płaczem, drżeniem całego ciała oraz słownymi wynurzeniami, świadczącymi o wyczerpaniu sił duchowych badanego.

Wobec tego lekarze zaniechali dalszego badania, jako wysoce dla niego szkodliwego, i doszli do wniosku, że znajduje się on w stanie bardzo silnego wyczerpania nerwowego i dlatego nie jest w stanie stanąć w drugiej połowie listopada (działo to się 6 października) b.r. na rozprawę główną i że ze względu na tę okoliczność rozprawa musi być odłożona przynajmniej na przeciąg 2 miesięcy.

30 stycznia następnego roku miał się stawić do sądu na rozprawę. W oznaczonym dniu przybył do sądu na noszach. Rozprawa nie doszła do skutku, ponieważ oznajmił, że jest wyczerpany i nie ma możliwości się bronić i składać zeznania. Oświadczenie swe wypowiedział „w stanie silnego zdenerwowania”. Sąd po naradzie rozprawę odroczył. W czasie rozmowy o możliwości ponownego stawienia się w sądzie badany podczas bytności sędziego śledczego u niego w szpitalu wpada w stan podniecenia, zaczyna wyrzekać podniesionym głosem, że go męczą i mordują, że mu się należą względy jako dla chorego, że władze powinny się liczyć z jego stanem zdrowia, zasługami i t. d. Sędzia, nie otrzymawszy od niego konkretnej odpowiedzi, opuścił salę.

Nie daje się przekonać, że jedynym wyjściem z sytuacji jest przybycie na rozprawę sądową. Mimo, że według wszelkiego prawdopodobieństwa uzyskałby wolność zaraz po rozprawie (w Wojsk. Więzieniu Śl. jest już półtora roku, a przypuszczalna kara wyniosłaby najwyżej rok) nie daje się przekonać, chociaż ze względów zdrowotnych byłoby koniecznem dla niego jaknajszybsze zakończenie sprawy przez przystanie na rozprawę w najbliższym czasie. Żadne perswazje nie pomagają. Utrzymuje, że nie będzie mógł się bronić, a na obrońcy nie może polegać. Należałoby wspomnieć, że odgrywają tu rolę i względy natury materialnej — liczy on bowiem, że zwłoka w przeprowadzeniu rozprawy przyczyni się do uzyskania emerytury.

Stan kpt. B., który w żadnym razie nie może być uważany za udawanie choroby, daje się wytłumaczyć znanemi u psychopatów podświadomemi mechanizmami psychicznymi, mającemi na celu ucieczkę od przykrej rzeczywistości do choroby nerwowej. „W wypadkach, które idą po linii zamierzeń chorego ten ostatni umie się pohamować i zachować konieczną dozę spokoju”. Np. w dniu wczorajszym w czasie raportu u komendanta szpitala potrafił on nie bez wzruszenia wyłożyć i uzasadnić swe życzenia oraz spokojnie wysłuchać wyjaśnień komendanta. Natomiast w czasie rozmowy o tych samych sprawach z przedstawicielami sądu wpada w stan znacznego podniecenia, które znajduje wyraz w przejawach najsilniejszego niezadowolenia, krańcowego oburzenia, niesamowitego krzyku, drżenia całego ciała i t. d.

Któregoś dnia badany dowiedział się, że Dca Korpusu zgodził się przybyć do niego w celu przyjęcia raportu. Stan chorego odrazu się poprawił i wstał on z łóżka.



Przeniesiony na obserwację na mój oddział próbuje odrazu robić wstręty. Nie chce np. zdjąć kałesonów, twierdząc, że powinien mieć własną bieliznę. Nie chce jeść obiadu ani kolacji, twierdząc, że ma idiosynkrazję do drewnianej łyżki. Prosi podniesionym głosem, żeby go nie denerwować i nie straszyć odesłaniem do więzienia, bo on się tego nie boi. Jeść taką łyżką nie będzie, gdyby nawet otrzymał rozkaz od nie wiem kogo, a zmusić go do tego nikt nie może. Narazie je bułki i pije herbatę. Na oświadczenie kierownika oddziału, że zostanie odesłany do więzienia, jeśli nie będzie jadał normalnie, nic nie odpowiada. Je obiad i kolację. Jest spokojny i opanowany. W dalszym ciągu obserwacji jest spokojny, uprzejmy i przystosowuje się w zupełności do warunków oddziałowych. Zdradza jedynie liczne skargi hipochondryczne, agrawuje dolegliwości związane ze stanem serca, narzeka na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, ogólne wyczerpanie i t. d. Leży w łóżku całymi godzinami, wzbraniając się iść do ogrodu z powodu braku sił. Stale narzeka na swój los, nie widzi wyjścia z sytuacji, jedynie samobójstwo zakończy jego męczarnie. Przy oponowaniu mu łatwo niezmieennie wypada z równowagi, zaczyna krzyczeć i drzeć cały, bić rękami w kołdrę i t. p. Po uspokojeniu się przeprasza lekarza za nietaktowne zachowanie się. Ucieczka w chorobę przed rozprawą sądową trwa do końca obserwacji.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że ma się do czynienia z nerwicą histeryczną, której objawy są ściśle związane ze sprawą karną, której skutków badany pragnie uniknąć i broniąc się przed nią na rozprawie dostaje ataku histerycznego, będącego patologiczną reakcją psychiczną na sytuację, w jakiej się w danej chwili znajduje.

Reaktywny charakter nerwicy u obwinionego wymaga przeprowadzenia rozprawy i wydania wyroku, który będzie miał niewątpliwie znaczenie terapeutyczne, kładąc kres sytuacji z której wynika nerwica.

*Przyp. IV.* Por. lek. I. K. Żyd. Przy raporcie o przydział służbowy podrażniony odmową, stwierdził on, że jest z kraju, który nie należy do państwa polskiego i odmówił głośno posłuszeństwa.

Ojciec miał P. P., siostra jest bardzo nerwowa, brat stryjeczny zdradzał skłonności samobójcze i był w zakładzie dla psychicznie chorych.

Sam on był zasypany skutek wybuchu granatu na froncie włoskim. Miał wówczas drżenie całego ciała i utratę mowy, później — jękanie się.

W wojsku polskim — tyfus plamisty. Podczas odwrotu z pod Kijowa wagon amunicyjny którym jechał wykoleił się w nocy i, jak mówiono, został otoczony przez wrogo usposobione chłopstwo. On sam spadł z łóżka podczas wykolejenia i uległ znacznemu wstrząsowi nerwowemu tak, że nie był w stanie udzielić pomocy nikomu.

Podczas odwrotu z pod Kijowa był wogóle w stanie przygnębienia, wywołanych ciężką sytuacją, ekscesami żołnierzy i sądami doraźnymi.

Pozatem przechodził czerwone.

Naogół — wzruszał się i przejmował jak dziecko, był popędliwy: kiedyś w kłótni rozciął wargę siostrze, którą bardzo kochał, rzuconym w nią talerzem. W II roku studjów akademickich z powodu błahostki rzucił się z łaską na kolegę.

Przy raporcie odczuł głęboko, że źródłem odmowy nowego przydziału jest okoliczność, że on jest Żydem. Dalszego przebiegu raportu nie przypomina sobie. Podobno odmówił posłuszeństwa.

Afekt patologiczny.



*Przyp. V. Szer. I. Z.* oskarżony jest o samowolne oddalenie się. Przebywał w niewoli bolszewickiej od r. 1919. Ogromnie dziwaczne zachowanie się: pochylony, zmarszczone czoło, półotwarte usta, wpatrzony w jeden punkt, mówił niemożliwą mieszaniną rosyjskiego języka z polskim, robił wrażenie jakiegoś wysoce chorobliwego zmanierowania, wiadomości o sobie dawał urywkowe, często przy badaniu przy pomocy obrazków lub rachunków dawał odpowiedzi zupełnie sprzeczne. Odznaczał się przytem łekliwością i potulnością, przy lada drobnej okazji dostawał napadu strachu. Od innych trzymał się odosobniony i unikał wyraźnie konfliktów. Powoli po oswojeniu się z oddziałem stał się mniej dzikim, stosunek jego do otoczenia stał się naturalniejszym, sposób zachowania się bardziej zbornym. Maniery jednak przy obcowaniu z otoczeniem aczkolwiek w słabym stopniu trwają dotychczas. Łekliwość, dziecinne zachowanie się i skłonność do mimowolnego błaznowania trwają w dalszym ciągu. W dalszym ciągu unikał on towarzystwa, siaduje po kątach, lepi figurki z chleba, grzebie się w swoim skromnym dobytku. Porównanie jego fotografii z przed wojska z obecnym jego wyglądem wykazuje zupełnie osunięcie się fizyczne, zwłaszcza mimiczne. Rodzina jego stwierdza, że fizycznie i psychicznie zmienił się nie do poznania.

Cierpi on na ciężki stan zwyrodnienia psychopatycznego, który nie jest wrodzony, a nabyty na skutek długotrwałego pobytu w niewoli bolszewickiej, w więzieniu i obozie koncentracyjnym oraz na skutek przejść z tym okresem życia związanych. Charakterystycznym jest dla tego stanu osunięcie zarówno fizyczne jak i psychiczne. Fizycznie — znaczne postarzenie się, zmanierowana postawa i poważne zmiany nerwicowe. Psychiczenie — stały lęk i obawa, zdziczenie w stosunkach ze światem zewnętrznym i błaznowate zachowanie się, które początkowo prawdopodobnie służyło do obrony, a obecnie zrosło się już z jego usposobieniem. Psychopatia jego jest tak znaczną, że należy ją zrównać z chorobą umysłową.

*Przyp. VI. Szer. W. W.* oskarżony jest o dezercję i bigamię. W wywiadach 5 kar sądowych za dezercję i kradzieże. Lekkomyślny, leniwy, niesumienny i niedyscyplinowany. W karcie oddanie do szpitala z więzienia zaznaczone jest rozpoznanie lekarskie „porażenie postępujące — podejrzenie”. Przysłali go do szpitala, ponieważ ma 2 kochanki, jedną kocha, a drugą ma go zabić zato, że ma 2 żony i 5 kochanek. W wojsku jest od maleńkości, kapitan obiecał mu dać lakierki i postać samochody, żeby Janka tu przyjechała. Do drugiej pośle 5 żandarmów, żeby ją aresztowali. Jest zasłużony, bo rozgromił kompanię bolszewików. Z zawodu jest murarzem, zrobił już kamienicę, potrafi zrobić kamienicę przy pomocy 20 ludzi. Ma lat 30, a jak miał lat 24, to była wojna z bolszewikami. W nocy dusiły go 2 lwy, ale kapitan powiedział, że ich zastrzeli. W więzieniu siedział dużo razy, ale jest uczciwy człowiek, siedzi za dezercję. Nie chorował na syfilis, tylko dawno już miał ranę na członku, brał igły w pośladek w szpitalu przed 3-ma laty.

Stan fizyczny: źrenice bez zmian, odruchy ściągliste — bez zmian. Trudne wyrazy powtarza, przedstawiając sylaby i zacinając się. Przy badaniu mruczy jakąś melodię, mówi, że śpiewa „do Janki”.

W zachowaniu się podczas pobytu na oddziale był dziwaczny, głupkowaty, często bywał podniecony i agresywny, w następstwie spokojniejszy.

Wassermann z płynu m. rdz. — ujemny. Nonne - Appelt i Pandy — słabo dodatnie.



Orzeczenie: zaburzenia psychiczne polegają na bezkrytycznych urojeniach, dziwnym i głupkowatym zachowaniu się na częstych stanach podniecenia. Wobec prawie ujemnych wyników badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego w kierunku istnienia kiły układu nerwowego i braku innych objawów (poza zacinaniem się w mowie), któreby potwierdzały kiłowe schorzenia układu nerwowego, nie jestem w stanie rozstrzygnąć, czy objawy wymienione mają napewno tło organiczne. Istnieje możliwość, że obserwowane w szpitalu objawy można uważać za objawy rzekomego ośpienia (psudodementia), powstałego u osobnika z wyraźnymi cechami charakteru, które zjawiły się podczas i z powodu pobytu w więzieniu. Za tym poglądem przemawiało dość rozsądne zachowanie się i odpowiedzi badanego w śledztwie i może nieraz powierzchowny charakter objawów. Czyny popełnione przez obwinionego były popełnione przy zmniejszonej poczytalności.

Z tego obfitego materiału przeszłości, który nam dostarcza co do wojska głównie wojna światowa, jako ten na skalę monumentalną zakrojony eksperyment doświadczalny, należy się zwrócić do przyszłości i rozpatrzyć, czy modyfikacje przyszłej wojny nie nakazują nam specjalnej ostrożności w zapobieganiu zaburzeniom psychorodnym. Innymi słowy należy się przygotować — granicach higieny psychicznej — do przeciwstawienia się i należytej organizacji psychiatrycznej na wypadek znacznego wzmożenia się psychoz reaktywnych wskutek wojny gazowo-lotniczej.

Sprawą higieny psychicznej jest jednolite zorganizowanie całego społeczeństwa w sprawie ochrony przeciwgazowej z uważnym omijaniem spraw mogących wywoływać psychorodne stany nerwowe. Pogadanki z tej dziedziny winny zawierać korzyści higieniczne obrony gazowej a nie opisy strasznych skutków działania gazów (Lorenz). Lorenz<sup>1)</sup> przepowiada na równi z innymi autorami amerykańskimi znaczne zwiększenie się nerwic w przyszłej wojnie.

Walka gazowa na froncie wywołuje u żołnierzy zaburzenia nerwowe wtórne; w których sam napad gazowy odgrywa raczej rolę „ucieczki w chorobę”. Nie należy zatem utrzymywać ich objawów psychorodnych przez przebywanie w szpitalach na tyłach.

Walka gazowa na tyłach, o skutkach której możemy wnioskować jedynie przez analogję ze skutkami wielkich katastrof światowych (trzęsienia ziemi, katastrofy kolejowe, zawalenie się wielkich mostów) wymagać będzie podwójnej organizacji.

Organizacja ta winna polegać:

- 1) na natychmiastowym niszczeniu wszelkich prób szerzenia paniki, czyli na psychicznym przeciwdziałaniu możliwości powstania paniki i usuwania z zagrożonego terenu tych jednostek, które panikę wzbudzają i szerzą.

- 2) na skupianiu wszelkich zaburzeń nerwowych powstających



podczas walki gazowej w specjalnych przychodniach i oddziałach szpitalnych pod opieką doświadczonych w tych sprawach lekarzy.

3) na wyznaczeniu specjalnego oddziału szpitalnego dla epizodycznych zaburzeń psychicznych powstających, na tle napadu gazowo-lotniczego.

4) wszelkie środowiska ludzkie na tyłach, na które mogą być przewidziane w czasie wojny napady lotniczo-gazowe nie powinny być przesycone psychopatami, niezdolnymi do służby wojskowej i zwolnionymi wskutek tego z wojska, jako elementami psychicznie chwiejnymi, skłonnyymi do szerzenia paniki i do nawrotu psychoz reaktywnych. Łączy się to z przewidzianą koniecznością organizowania psychopatów podczas przyszłej wojny w przemyśle wojennym na tyłach (*Fribourg-Blanc*<sup>4</sup>, *Nelken*<sup>9</sup>).

#### PIŚMIENNICTWO.

1) *Birnbaum K.*: Psychische Verursachung seelischer Störungen. Wiesbaden 1918. Bregman. 1) *Bleuler E.*: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, 3) *Braun E.*: Psychogene Reaktionen. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Spez. T. I. 4) *Fribourg-Blanc.*: Psychonevroses de guerre. VI Congr. Intern. de Méd. et de Pharm. Mil. La Haye. 1931. 5) *Jaspers K.*: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer: 1913. 6) *Jaspers K.*: Heimweh und Verbrechen. Arch. f. Krim. Anthropol. 35. I. 7) *Lorenz W.*: F. Neuropsychiatrie in Mil. Med. VI Congr. Intern. i t. d. 8) *Nelken J.*: Psychozy reaktywne na wojnie, Lek. Wojsk. 30. 1921. 9) *Nelken J.*: Hygiena psychiczna w wojsku. Mon. Psychj. Nr. 9, W-wa 1934. 10) *Stransky E.*: Krieg und Geistesstörung. Wiesbaden 1918, Bergmann.



## UWAGI METODOLOGICZNE W SPRAWIE NERWIC REAKTYWNYCH.

podał

DR. E. ARTWIŃSKI  
(Kraków)

Na temat nerwic reaktywnych istnieje już przebogate, ale niestety i bardzo rozbieżne w sądach piśmiennictwo. Słuszną wydaje się uwaga *Leysera*, że sprawa nerwic jest może przez to tak trudna i powikłana, bo tkwi w niej odwieczny problem stosunku duszy do ciała.

Wiele czynników wpływa na to, że jest rzeczą wręcz niemożliwą, w krótkim wykładzie syntetycznie ująć i przedstawić sprawę nerwic reaktywnych. Ograniczam się tu do kilku, raczej metodologicznych uwag, dotyczących tego tematu.

Jak wszystkie ogólniejsze zagadnienia lekarskie, tak też i problem nerwic reaktywnych może być zrozumiany jedynie w ścisłym związku i na tle prądów, panujących w myśleniu lekarskiem. Zależnie od epoki i przeważających kierunków myślowych, z rozmaitych punktów podchodzono do nerwic i w różny rozwiązywano je sposób. Myślenie lekarskie ostatnich dziesiątków lat odznaczało się dążeniem do matematycznej nieomal ściśłości. Uważano, że rozpoznanie lekarskie może być czemś analogicznem do doświadczenia fizycznego czy chemicznego. Opracowanie ścisłych metod pomocniczych badań we wszystkich działach medycyny, pozostanie tej epoki nieśmiertelnym dorobkiem. Kierunek ten, mimo niespożytych zasług, miał jednak i niewątpliwe braki. Słusznie mówi *Albert*, że myślenie lekarskie zostało przepojone nadmiernym materjalizmem i nadmierną specjalizacją. Następstwem nadmiernego materjalizmu teoryj lekarskich było, że patrzono na człowieka, jak na zwierzę laboratoryjne. Nadmierna zaś specjalizacja doprowadziła do tego, że zaczęto poszczególne narządy traktować jako całkowicie niezależne od reszty ustroju ludzkiego.



Kierunek kliniczny, reprezentowany przede wszystkim przez *Bergmanna* i jego szkołę, może być uważany za reakcję przeciwko prądom, o których mówiłem. Najogólniejszą charakterystyką tego nowoczesnego myślenia lekarskiego jest zwrócenie baczniejszej uwagi na znaczenie czynników psychicznych w powstawaniu chorób i to nie tylko nerwic, ale i niewątpliwych cierpień organicznych. Niemniej ważne dla tego kierunku myślenia jest podkreślenie znaczenia zaburzeń czynnościowych narządów, które mogą z czasem doprowadzić do zmian anatomicznych. Konsekwencją tego jest, jak twierdzi *Bergmann*, że w medycynie współczesnej pojęcia „czynnościowe” i „organiczne” przestały już być przeciwieństwami. Odważyłbym się zaryzykować powiedzenie, że nowoczesne prądy w medycynie cechuje uduchowienie cierpień organicznych i zmaterjalizowanie nerwic. Poglądy *Chałubińskiego* na chorobę możemy ze słuszną dumą uważać, jako jedne z najwcześniejszych zwiastunów nowoczesnego myślenia lekarskiego, które dopiero obecnie zaczyna zdobywać sobie coraz to liczniejszych zwolenników.

Niema takiego narządu w organizmie ludzkim, który nie ulegałby wpływom czynników psychicznych, zarówno w czasie zdrowia jak i choroby. Nie mogę tutaj omawiać w szczegółach tej zależności. Najlepiej może w tym kierunku opracowany jest dział poświęcony narządowi krążenia krwi. Liczne prace (*Deutsch, Knauer, Kornfeld, Krehl* i w. in.) przemawiają za tem, co zresztą oddawna już było wiadomem, że czynniki psychiczne wpływają zarówno na parcie krwi, jak i na tętno. Najbardziej pouczającym cierpieniem i najwięcej może mogącym rzucić światła na interesujący nas tutaj temat jest zagalopowanie nadciśnienia samoistnego. *Bergmann* podkreśla, że we wczesnych okresach wzmożonego ciśnienia, skargi tych chorych są podobne do skarg neurasteników, a wiadomo przecie, że to cierpienie pierwotnie czynnościowe, z biegiem lat prowadzi już do zmian anatomicznych. Nowoczesne poglądy na samoistne nadciśnienie są przykładem, znakomicie ilustrującym słuszość zapatrywań szkoły *Bergmanna*. Patologia funkcjonalna tworzy właściwe tło dla rozpatrywania nerwic reaktywnych, ponieważ uwzględnia rolę czynnika psychicznego w powstawaniu cierpień ściśle organicznych i przerzuca pomost pomiędzy zmianami czynnościowymi w poszczególnych narządach, a nerwicami reaktywnymi.

Wydaje mi się, że czynnikiem, który różni nerwice od wszystkich innych chorób, jest stosunek lekarza do chorego. Jest to temat tak rozległy że chcąc go omówić szczegółowo, należałoby mu poświęcić wykład specjalny. Ograniczam się jedynie do uwag najogól-



niejszych, a ściśle z tematem związanych. W okresie laboratoryjnym medycyny, kiedy kładziono nacisk prawie, że wyłączny, na wyniki badań przedmiotowych, lekceważono wywiady. Obecnie zaś zdaniem *Bergmanna*: „lekarz, który nie usiłuje wżyć się w osobowość chorego i jego przeżycia, zapoznaje szlachetniejszą połowę swego zadania”. Z codziennego doświadczenia wiemy, że inny jest stosunek pomiędzy lekarzem i chorym organicznie, a chorym z jakąkolwiek nerwicą. I w tem to znaczeniu słusznem jest powiedzenie *W. Riesego*, że chodzi nie o to, co odbywa się w czasie badania w chorym i w jego lekarzu, ale o to, co rozgrywa się między nimi równocześnie. *Weizsäcker* mówi, o prawie że mistycznym pojęciu człowieka dwuosobowego (*bipersonellen Menschen*). Tak się ma rzecz z nerwicami wogóle, a więc i z reaktywnymi w szczególności.

Inaczej jeszcze układa się stosunek do chorych z nerwicami urazowymi. I tutaj nawiązuje się, względnie powinien się nawiązać ten bliższy stosunek między lekarzem, a badanym. Może on być niesłychanie różnorodny. Prawdziwą jest uwaga *Riesego*, że lekarz niejednokrotnie widzi w badanym darmozjada, który sposobem niedozwolonym chce ciągnąć dla siebie korzyści spowodu doznanego wypadku. Badany zaś często znowu widzi w lekarzu osobę, działającą w interesie instytucji odszkodowawczej. Inni znowu lekarze uważają, że pierwszym warunkiem należytego zrozumienia nerwic pourazowych jest wiara w słowa chorego i możliwie najgłębsze wżycie się w jego sytuację. To są dwa krańcowe stanowiska, zajmowane przez lekarzy, orzekających o nerwicach pourazowych. Najlepszym dowodem, jak pogląd na świat lekarza może wpływać na stosunek jego do nerwic urazowych, jest już sam wielce charakterystyczny tytuł książki *Riesego*: „*Klassenmedizin gegen Rentenempfänger*”. Zrozumiałą jest rzeczą, że tak krańcowo różne nastawienia uczuciowe, badających wobec chorych, muszą mieć wpływ i na orzecznictwo. Następstwa są nietylko praktyczne, ale i teoretyczne. Przyczyn rozbieżności w zapatrywaniach na te sprawy szukać może zatem należy nietylko w konstytucjach chorych, ale i naszych.

Dalszą trudnością przy studjach nad nerwicami jest brak ścisłych granic tematu. Jakże tu mówić o trwałych granicach, jeżeli *Weizsäcker* twierdzi, że nerwica nie jest nawet stanem, ale jedynie nastawieniem psychicznem. Nietylko zmieniona jakość reakcji psychicznej, ale często bardzo już samo wzmożenie prawidłowej pod każdym innym względem reakcji, nadaje jej cechy chorobliwe. Jeżeli uprzy-



tomnimy sobie słuszne powiedzenie *Laignel-Lavastina*: „że wszystko w biologii ludzkiej nie jest niczem innym, jak tylko reakcją człowieka na jego otoczenie”, to łatwo pojmiemy, że ilość i jakość zarówno prawidłowych, jak i patologicznych reakcyj psychicznych jest nieskończona. Niema takiej sytuacji, ani takiego okresu w życiu ludzkim, w którym nie mogłyby powstawać niezliczone i najróżniejsze reakcje patologiczne. W rozważaniach nad trudną sprawą nerwic reaktywnych, jak we wszystkich rozległych dziedzinach, musimy sobie wyznaczać punkty orjentacyjne, chroniące nas przed zbłąkaniem. Punktami takimi w rozważaniach myślowych mogą być jedynie ściśle spostrzegane fakty. Wojna była niezwyklej eksperymentem psychologicznym, który rozszerzył znacznie zakres naszych wiadomości o nerwicach reaktywnych. Wojna obfitująca w najróżnorodniejsze urazy, zarówno fizyczne jak i psychiczne, gwałtowne i trwałe, dostarczyła nowego i bogatego materiału do rozważań. Opieram się tutaj na spostrzeżeniach zebranych przez *Léri*, poczynionych przez niego bezpośrednio na polu walki. *Léri* obserwował żołnierzy, którzy nie będąc ani ranni, ani kontuzjowani, pod wpływem silnego przestachu doznawali wstrząsu emocjonalnego. Wstrząs ten objawiał się u nich bladością, i przerażonym wyrazem twarzy, szybkim, ale silnem tętnem, wąskimi źrenicami. Nie odpowiadali na żadne pytania, nie tracili jednak właściwie ani świadomości, ani pamięci, ani instynktu samozachowawczego. Odwiezieni do szpitala polowego zdradzali objawy wielkiego zmęczenia i senności. U ogromnej większości stan ten szybko mijał. U niektórych jednak objawy nie cofały się, ale trwały i nadal. Chorzy ci byli przygnębieni, miewali najróżnorodniejsze lęki, których opanować nie mogli, byli nieuważni i łatwo zapominali o tem co robili lub czytali. Przedmiotowo stwierdzono u nich: przyspieszone tętno, liczne naczynioruchowe zaburzenia, rozległe poty, zimne kończyny, ogólne drżenie i bezsenność. Skarżyli się na zawroty głowy, zmęczenie, przygnębienie, brak łaknienia. Analizując opisany tutaj zespół objawów, który *Babiński* radził nazwać nerwicą emocjonalną, możemy podobnie jak i *Meige* stwierdzić, że w nerwicy emocjonalnej widzimy jedynie bardzo wyraźnie podkreślone i utrwalone objawy, towarzyszące już zazwyczaj fizjologicznemu stanowi silnego strachu. Wydaje mi się, że moment powstawania, a następnie utrwalania objawów emocjonalnych jest kluczem do zrozumienia wielu nerwic reaktywnych, a przedewszystkiem tak zwanej nerwicy urazowej. Należy podkreślić, że wszelkie nagłe stany emocji są silnie związane z zaburzeniami układu wegetatywnego. Charaktery-



styczne dla nerwicy emocjonalnej objawy, jak: przyspieszenie tętna, zmiany naczynio-ruchowe, drżenie i bezsenność, są przecież objawami, związanymi z układem wegetatywnym. Doświadczenie kliniczne wykazało, że pobudliwość układu wegetatywnego jest niejednakowa i że są ludzie mniej i więcej wegetatywnie pobudliwi. Tych ostatnich nazwał *Bergmann* „wegetatywnie napiętnowani”. „Wegetatywnie napiętnowani” nie są jeszcze chorymi w ścisłym tego słowa znaczeniu, są oni jednak skłonniejsi od innych do pewnych cierpień. Zależnie od warunków życiowych mogą powstawać u nich cierpienia rozwijające się na tle wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego. Powstaje pytanie, czy ci bardzo nieliczni spośród ogromnych mas żołnierzy, biorących udział w wojnie, którzy doznawali wstrząsu emocjonalnego, nie byli wegetatywnie napiętnowani, a więc konstytucjonalnie usposobieni, aby o wiele łatwiej, aniżeli inni na lekki nawet uraz zareagować patologicznie. Na dowód, potwierdzający słusność tego przypuszczenia możnaby przytoczyć szereg faktów z codziennego życia. Wiadomo przecież, że u wielu ludzi już samo oczekiwanie jakiegoś ważnego dla nich wydarzenia (egzaminu, występu publicznego), może wywołać biegunkę lub parcie na mocz. Przemawiają również na tem i spostrzeżenia *Reicharda*, że u ludzi wegetatywnie napiętnowanych, po każdym zabiegu operacyjnym, po każdej nieomal chorobie, patologiczne reakcje wegetatywne utrzymują się znacznie dłużej, aniżeli u ludzi z prawidłowym układem autonomicznym. Prostolinijskość tego twierdzenia wikła się przez to, że nawet u ludzi o prawidłowym układzie wegetatywnym, pod wpływem całego szeregu czynników, jak: niedostateczne odżywianie, choroby gorączkowe i wyczerpujące, przemęczenie pracą fizyczną i umysłową, może powstać większa chwiejność układu autonomicznego, usposabiająca przejściowo do patologicznych reakcyj wegetatywnych. Jeżeli wrócimy znowu do dziejów żołnierzy, opisywanych przez *Léri*, mamy prawo przypuszczać, że ci, którzy ulegli wstrząsowi emocjonalnemu, byli ludźmi albo konstytucjonalnie, albo też chwilowo pod wpływem warunków wojennych wegetatywnie napiętnowani. Kilkudniowy wypoczynek u większości z nich wystarczał, aby objawy minęły. U niektórych jednak objawy te utrwały się i utrzymywały przez czas dłuższy i powstawał stan patologiczny, który *Léri* za *Babińskim* nazywa nerwicą emocjonalną. Nasuwa się pytanie, jakie czynniki utrwalają objawy, które z reguły szybko mijają? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy opuścić twardy i pewny grunt faktów klinicznych i przejść na niepewne drogi mniej lub



więcej prawdopodobnych domysłów. Można by przypuszczać, że podobnie jak u cieleśnie chorych w czasie pokoju, obserwowanych przez *Reicharda*, nierównowaga wegetatywna przedłuża czas rekonwalescencji, podobnie też i u żołnierzy przedłużała ona czas trwania choroby. Drugim, nasuwającym się przypuszczeniem jest, że nawet u ludzi odpornych, ciężkie warunki wojenne mogły być wpłynąć na utratę równowagi wegetatywnej i stworzyć przejściowe warunki mniejszej odporności. Spostrzeżenia *Léri* wykazują, że u niektórych żołnierzy z wstrząsem emocjonalnym, dopiero w warunkach całkowitego bezpieczeństwa, a nie na polu walki dołączały się najróżnorodniejsze objawy histeryczne. Jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że tak jak u żołnierzy, obserwowanych przez *Léri*, w krótkim nieraz czasie po wystąpieniu wstrząsu dołączały się do niego reakcje histeryczne, podobnie też i u ludzi, znajdujących się w warunkach pokojowych, mechanizmy histeryczne mogą nie dawać żadnych jawnych objawów, ale mogą przyczyniać się do utrwalenia objawów wegetatywnych. Bezpośrednio pod wpływem urazu powstaje odczyn wegetatywny. Po krótszym lub dłuższym czasie zaczynają działać mechanizmy już nie odruchowe, ale psychologiczne i one to właśnie nadają zabarwienie dalszemu przebiegowi nerwicy. U żołnierzy obawa powrotu na front mogła być tym czynnikiem psychologicznym, utrwalającym objawy pierwotnie czysto wegetatywne. U ludzi z nerwicami w czasie pokoju, chęć zysku lub wiele innych motywów psychologicznych, może uruchomić tak zwane reakcje celowe, które mogą przyczynić się do utrwalenia objawów na czas dłuższy i do powstania nerwicy emocjonalnej. — Niesłychanie wielka zarówno pod względem ilości jak i jakości jest skala czynników psychologicznych mogących wpływać na bieg i kształtowanie się nerwic. Według *Weizsäckera*, to co on nazywa nerwicą społeczną, jest tylko specjalnem nastawieniem — konieczną, chociaż podrzędną sceną wielkiego aktu narodzin nowego społeczeństwa. Z twierdzenie *Weizsäckera* nie zgadzają się spostrzeżenia *Rosensteina*, zebrane w Rosji Sowieckiej. Okazuje się bowiem, że i w państwie proletariatu, gdzie już nie ma walki klasowej, zdarzają się podobne jak i w starych kapitalistycznych ustrojach, agramanci i ludzie z nerwicami, wykazującymi znamiona pożądlwości. Zmieniła się tylko treść pożądań, bo jak *Rosenstein* twierdzi, walczą tam o lepsze warunki leczenia w klinikach, lecznicach i uzdrowiskach.

Z metodologicznego punktu widzenia na nerwice reaktywne, ważnem jest ustalenie czasu trwania objawów ściśle wegetatywnych. Ten sam uraz, który u ludzi zdrowych wywołuje objawy, trwające



sekundy czyn minuty, u ludzi napiętnowanych wegetatywnie może wywoływać objawy utrzymujące się godziny, dni, a nawet i miesiące. Powstaje pytanie, o ile objawy nerwicy są jeszcze utrwalonemi zaburzeniami wegetatywnymi, a w jakim stopniu są już od nich niezależne i spowodowane zupełnie innemi, bo psychologicznymi mechanizmami. Ścisłe rozgraniczenie tych dwóch jakościowo zupełnie różnych reakcyj ma pierwszorzędne znaczenie nie tylko praktyczne, ale i teoretyczne. Zagadnienie to pozornie proste, wikła się jednak przez to, że jak już mówiłem, coraz mniej pewne są granice oddzielające zjawiska fizyczne od psychicznych. Można by się zastanawiać, czy i o ile stan psychiczny, spowodowany urazem, może wpływać na utrwalenie objawów wegetatywnych. Dla niektórych klinicystów zagadnienie to już jest całkowicie i bez reszty rozwiązane. *Reichardt* sądzi, że wszystkie organiczne i psychiczno-nerwowe następstwa urazu ustępują szybko, a jedynie reakcje psychorodne utrzymują się przez czas dłuższy. Czas trwania objawów pourazowych określa *Reichardt* conajwyżej na 15 tygodni. Przedłużony czas reakcji pourazowej ma być wyrazem psychopatycznej konstytucji. Inna znów grupa badaczy twierdzi, że przebyty uraz, zarówno fizyczny jak i psychiczny, pozostawia po sobie pewne utajone zmiany, które przez najrozmaitsze czynniki mogą być reaktywowane. *Serbski* opisał przypadek ostrej „nerwicy urazowej” po przeziębieniu. Wywiady wykazały, że chory jego na kilka lat przedtem doznał urazu w czasie katastrofy kolejowej. *Rosenstein* sądzi, że pod wpływem urazu powstają pewne zmiany mikrosomacyjne, które jakikolwiek czynnik może reaktywować. Nerwice pourazowe prócz reakcyj wegetatywnych wykazują w pewnych wypadkach cechy, zbliżone do odruchu warunkowego. Zdarza się często, że ludzie, którzy doznali urazu w jakichs szczególnych okolicznościach, jeżeli znajdują się w sytuacji podobnej, reagują nerwicowo. Chorzy po katastrofach kolejowych czy samochodowych, przez długi czas zdradzają objawy lęku przed tymi środkami komunikacji. Samo nawet znalezienie się w miejscu doznanego urazu, może już wywoływać niepokój, a u niektórych ludzi i lęk. Nie są to wyłącznie reakcje człowieka, bo i u psów *Pawłowa*, z którymi przeprowadzono przykre dla nich doświadczenia, opisywano nawet i po zaprzestaniu doświadczeń objawy zbliżone do nerwic ludzkich.

Omawiane dotychczas reakcje nerwicowe mają charakter ściśle odruchowy, niezależny od jakichkolwiek warunków społecznych, i mogłyby one powstać i u Robinsona Krusoe na bezludnej wyspie. Życie człowieka współczesnego jest jednak licznymi węzłami splą-



tane z jego otoczeniem. Czynniki społeczne, ubezpieczeniowe, odszkodowawcze i inne, wpływają na dalsze kształtowanie się objawów nerwic (*Birnbaum*). Zbyt długie trwanie objawów pourazowych tłumaczą niektórzy klinicyści, czynnikami konstytucjonalnymi. Nie jest to jednak opinia powszechnie przyjęta, skoro tak wybitny znawca nerwic, jak *Weiszäcker* twierdzi, że rola pierwiastka konstytucjonalnego w nerwicach urazowych jest stanowczo przeceniana. Niepodobna tu omówić wszelkich istniejących, a tak licznych jeszcze sprzeczności, panujących w piśmiennictwie. Zależało mi jedynie na podkreśleniu, że niewątpliwie istnieją nerwice, mające charakter odruchowy, oraz na zwrócenie uwagi na to, że czas trwania tych reakcyj i ich zdolność przetrwania w stanie utajonym, dającym możność odzyskania w pewnych warunkach, stanowi punkt ciężkości do zagadnienia. Jestem świadomy tego, że jest to sztuczne wyizolowanie, mające jedynie znaczenie heurystyczne, bo nie należy ani na chwilę zapominać, że niema prawie nerwicy, która nie miałaby podłoża społecznego i dlatego też badanie socjologii nerwic jest konieczne dla ich zrozumienia.

Wysunięta przez *Bergmanna* koncepcja patologii funkcjonalnej przeszczepiona na teren nerwic reaktywnych, pozwala nam głębiej wnikać w ich istotę. Wiele bowiem nerwic nosi niewątpliwie znamiona zaburzeń funkcjonalnych i dlatego też dla tych wszystkich, którzy nie lekceważą fizjopatologicznego podkładu w nerwicach, *Bergmannowskie* pojęcie funkcji może być pomocne w ich rozważaniach.

Mówiłem już, że niepodobna jest w krótkim referacie omówić wszystkie nerwice reaktywne, bo ilość ich jest nieskończona. Kiedy słyszę najróżnorodniejsze nazwy reakcyj nerwicowych, przychodzi mi na myśl anegdota, którą *Babiński* rozpoczął swój wykład o odruchach obronnych. Opowiada on, że kiedy Don Kichote zapukał raz późną nocą do oberży, a zbudzony gospodarz zapytał, kogo ma gościć, dumny pan wymienił tyle nazwisk i szumnych tytułów, że przerażony niemi prostak odparł, że dla tylu dostojnych gości w jego skromnej oberży nie znajdzie się miejsca. *Babiński* kończył żartobliwie, że w podobnej do oberżysty sytuacji znajduje się wielu, którzy rozpoczynają swoje studia nad odruchami obronnymi. Być może, że z wielką dozą słuszności anegdotę *Babińskiego* możnaby powtarzać i tym, którzy przystępują do badań nad nerwicami reaktywnymi.

Jeżeli miałbym odpowiedzieć, który z obecnie panujących kierunków ogólnej patologii najlepiej nadawałby się do tłumaczenia



nerwic reaktywnych, skłonny byłbym konstelacyjną patologię *Tendeloo* uznać za najwięcej przydatną. Według *Tendeloo*, możemy zrozumieć wszelkie zjawiska chorobowe, a więc i nerwice reaktywne, jedynie uwzględniając cały szereg czynników chorobotwórczych, składających się na tak zwaną konstelację. Zarówno takie czynniki wewnętrzne, które określamy słowami konstytucja psychofizyczna, usposobienie, korrelacja wewnętrzna, jak też i czynniki zewnętrzne, najogólniej pojęte, od najprostszych zjawisk fizycznych (uderzenie pioruna), aż do wysoce złożonych przejawów życia społecznego, mogą się składać na konstelację chorobotwórczą, wśród której powstaje nerwica reaktywna. Konstelacyjna patologia ma jeszcze i tę zaletę, że zostawia nam rozległe pole dla dalszych badań i poszukiwań, czy prócz znanych nam już czynników i inne jeszcze, a dotychczas nieznanne nie współdziałały w powstawaniu nerwic. Jest to koncepcja ramowa, pozwalająca na wrysowywanie coraz to dokładniejszych szczegółów w stare ramy. Ujęcie nerwic reaktywnych z punktu widzenia patologii konstelacyjnej ma jeszcze i tę niewątpliwą wyższość nad innymi, że nie wysuwa na pierwszy plan ani czynników wewnętrznych, ani zewnętrznych. W myśl tej teorii staramy się dokładnie szeregować i opisywać wszystkie znane nam czynniki, składające się na konstelację. Dowolną pozostaje ocena, któremu z nich mamy przypisać większą wagę. Oczywiście jest, że w każdym poszczególnym przypadku konstelacja czynników wewnętrznych i zewnętrznych musi być różna.

Staralem się tu przedstawić różnorodne reakcje ustrojów ludzkich, poczynawszy od krótkotrwałych, poprzez reakcje wegetatywne, mniej lub więcej długotrwałe, prawidłowe czy chorobowe, aż do wysoce złożonych reakcji, tak zwanych psychorodnych. Nie ulega już dzisiaj wątpliwości, że stany uczuciowe mają wpływ na nasz ustrój zdrowy czy chory. Nikt też chyba nie zaprzeczy, że wiele reakcji nerwicowych, powstałych pod wpływem urazów fizycznych czy psychicznych, wykazuje zmiany fizjopatologiczne. Przy analizie nerwic reaktywnych natrafiamy zarówno na te elementy, które nazywamy fizycznymi, jak również i na inne, zwane psychicznymi. Z dotychczasowych naszych rozważań wynika, że nigdzie nie są one rozłożone oddzielnie, ale że tworzą, nie dającą się myślowo rozwiązać ściślej spletaną sieć. I znowu muszę się tu powołać na słowa *Bergmanna*, że nie lekarzy jest zadaniem wnikać w subtelności dyalektyki filozoficznej. Wystarczy przyjąć fakt, że zjawiska psychiczne wpływają na fizyczne i odwrotnie. Z punktu widzenia klinicznego i patologii konstelacyjnej, obojętne są dla nas takie czy inne systemy filozoficzne,



psychologiczne czy metafizyczne, usiłujące tłumaczyć stosunek zjawisk fizycznych do psychicznych. Najzupełniej wzstarcza nam ścisły opis konstelacji, obejmujący zarówno czynniki fizyczne jak też i psychiczne, wśród której powstaje zjawisko, noszące miano nerwicy reaktywnej. Kliniczny, a więc przyrodniczy sposób myślenia nakazuje nam sprowadzać zjawiska dostrzegane przez nas do ich elementów najprostszych, to znaczy fizycznych i chemicznych. Współistniejące u chorego objawy psychiczne staramy się zrozumieć i odczuć przez wżycie się w stan psychiczny badanego.

Łatwiej jest zrozumieć nerwice reaktywne, jeżeli przyjmiemy twierdzenie *prof. Mazurkiewicza*, że i uczucia mają swoje anatomiczne podłoże, swoją biodynamikę, a przede wszystkim, że istnieje pamięć uczuć. Niezbędne też dla zrozumienia wielu zjawisk klinicznych w przebiegu nerwic urazowych jest przyjęcie za pewnik twierdzenia *prof. Mazurkiewicza*, że układ współczulny ma również i w korze mózgowej swoje ośrodki.

Starałem się tutaj wykazać, że nerwice reaktywne są niesłychanie złożonym zjawiskiem, obejmującym nietylko tereny opracowywane przez psychiatrów i neurologów, ale również i przez specjalistów z innych dziedzin, a przede wszystkim znawców chorób wewnętrznych. Dlatego też słuszną wydaje mi się rada *Darkszewicza*, udzielona badaczom nerwic urazowych, aby zagadnienie to rozwiązywać jedynie wspólnym wysiłkiem specjalistów wielu dziedzin medycyny. Sądzę, że rady *Darkszewicza* bodaj, że z większą jeszcze słusnością możnaby udzielić wszystkim pracującym nad nerwicami reaktywnymi. Platon już mówił, że największym grzechem medycyny jest, że są lekarze dla duszy i dla ciała, podczas gdy są to sprawy nierozdzielne.

Dobiegłem do końca i czuję się winnym, że nie mogę, jak to zwyczaję zjazdowe nakazują, referatu mego zakończyć szeregiem ściśle sformułowanych wniosków. Usprawiedliwienia jednak szukam w tem, że wszelkie może prawdziwe poznanie nie jest całkowitem i ostatecznem, ale jedynie otwieraniem rozleglejszych horyzontów myślowych i stawianiem nowych i coraz to liczniejszych pytań.

#### SPIS WAŻNIEJSZYCH DZIEŁ PRZYTOCZONYCH W PRACY.

*Bergmann G.* Funktionelle Pathologie. *Birnbaum K.* Soziologie der Neurosen *Heyer.* Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebens-Vorgängen. *Lé-ri A.* Commotions et Émotions de Guerre. *Leyser.* Das Neurosenproblem. *Mazurkiewicz J.* Zarys fizjologicznej teorii uczuć. *Reichardt.* Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Riese W.* Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin. *Tendeloo N.* Allgemeine Pathologie, *Weizsäcker.* Soziale Krankheit und soziale Gesundheit.



## NERWICA URAZOWA A ZDOLNOŚĆ DO PRACY.

podał

DR. WŁ. MEDYŃSKI

(Kraków)

Nerwicom reaktywnym poświęcono w ostatnich latach sporo pracy, trudno nawet objąć myślą ten ogrom bardziej lub mniej udanych spostrzeżeń, ocen i wniosków, fakt ten jest jednak niezaprzeczalny, że zagadnienie nerwic reaktywnych pozostaje do dnia dzisiejszego zagadnieniem spornym, a conajmniej zagadnieniem otwartem.

Krytyka, której podano klasyczną naukę *Charcota* i liczne obserwacje przypadków urazowych przysporzyły w czasie wojny niewątpliwie dużo pouczającego materiału, nie doprowadziły przecież do zgody i ostatecznego rozstrzygnięcia zagadnienia. Kto wie, czy nie najprościej i najwyraźniej oddają współczesnego stanu wiedzy o nerwicach reaktywnych prace *Hoffmanna*<sup>1)</sup> i *Herzberga*<sup>2)</sup>.

Każda anormalna reakcja psychiczna zdaniem tych autorów, każda nerwica tkwi w konflikcie, który albo jest pochodzenia endogennego albo też może być wywołany czynnikami zewnętrznymi. W obu wypadkach u podstawy nerwicy leży psychiczna konstytucja osobnika, która odznacza się gotowością do konfliktów. Bardzo często występują w nerwicy jednocześnie silne podniety popędowe wraz ze znacznymi zahamowaniami, tworząc to co *Herzberg* nazywa „*Erregungs-Hemmungskonflikte*”, które dość trudno rozwiązać z racji dużej intensywności obu procesów.

Szczególną komplikację zagadnienia stwierdzamy wówczas, kiedy przeniesiemy się na grunt t. zw. nerwicy urazowej, której w naszym referacie pragniemy poświęcić wyłączną uwagę i ocenić ją

---

<sup>1)</sup> *Hoffman* (Tübingen): *Reaktive Psychosen u. Neurosen*. Fort. d. Neur. u. Psych. II. J. H. 9.

<sup>2)</sup> *Herzberg A.*: *Der Erregungshemmungskonflikt in der Neurosen* (All. ärztl. Z. Psych J. I.).



pod kątem ubezpieczeń społecznych. Zagadnienie jest niewątpliwie dużej wagi, ale też zgóry należy zauważyć, że mamy do czynienia z zagadnieniem niemiernie trudnem, w szczególności przyznać się trzeba, że rozpoczynamy dopiero pierwsze kroki w dziedzinie orzecznictwa i nam przypadł zaszczyt przyglądania się próbom porozumienia się znawców co do sposobu orzekania w t. zw. nerwicach urazowych.

Trudność rozpoczyna się już od pierwszego kroku różnorodności poglądów na istotę nerwicy urazowej. Tę różnicę stwierdzamy już w samych nazwach choroby.

Kiedy dla jednych jest ona nerwicą urazową, a więc podkreślony jest czynnik etiologiczny — uraz i to uraz fizyczny, inni myślą o lęku, przestachu, wpływie nieszczęśliwego wypadku, nadając chorobie nazwę nerwicy z przestachu lub wypadku („*Schreckneurose*”, „*Unfallneurose*”), wreszcie spotkamy się z badaczami dla których t. zw. nerwica urazowa nie będzie niczem innem, jak tylko dążeniem do renty, do zaopatrzenia, słowem nerwicą z pożądlivości (*Reichardt*, *Stier* i in.). *Strüpell* był tym, który mocno zaakcentował doniosłość elementów pożądlivości w kształtowaniu się obrazu nerwicy urazowej (*Begehrungsstellungen*). Stąd wraz z ubezpieczeniami indywidualnemi i społecznemi powstaje nazwa „*Renteneurose*”, a nie brak autorów (*Seeligmüller*), którzy znacznie upraszczają całą sprawę, sprowadzając nerwicę urazową do zagadnienia symulacji. Już od samego początku wiedzy o nerwicy urazowej przeciwstawił się znanemu pogładowi *Oppeheima-Kraepelin*, patrząc na nerwicę urazową, jako na nerwicę z przerażenia (*Schreckneurose*). Wojna, ten kondensator strachu, w rzeczywistości dowiodła, że urazy i reakcje bez urazów mają swój zasadniczy charakter obronny, z tem jednak zastrzeżeniem, że rodzaje tych reakcji zależą od neuro-psychicznych organizacji osób reagujących i od czynników zewnętrznych.

Celem poznania tych reakcyj *Bonhöffer* proponuje nie tylko zwracanie uwagi na te lub inne właściwości obrazów klinicznych, ile na dokładne przestudjowanie osobowości przedchorobowej. Zdaniem *Bonhöffera* nie stan obecny lecz wywiad odgrywa decydującą rolę w poznaniu właściwości neuropsychicznych reakcyj traumatyczno-emocyjnych, które obserwujemy pod postacią depresji, hipochondrii, katatonji, hysterji i t. d. I *Reichardt* sądzi, że dążyć należy do zbadania przedhisterycznej fazy traumatyzmu, gdyż bardzo często obrazy histeryczne następują za innemi ledwie dostrzeżonemi momentami, jak naprz. za przejawami nadziei na rentę i t. d.



Może najbardziej interesujący pogląd daje *Kretschmer*, dla którego objawy histeryczne są rodzajem obronnych mechanizmów, jednym z licznych, prymitywnych reakcji psychopatologicznych, założonych filogenetycznie, w gruncie rzeczy istniejących u każdego człowieka (ukryte odruchy, instynkty). Dlatego też o wiele łatwiej obserwujemy ich przejawy w psychikach niedojrzałych, u infantylnych psychopatów, oligofrenów lub prymitywnych osobników,

Traumatyczno-emocjonalna reakcja, lub nerwica urazowa jest w gruncie rzeczy afektywną reakcją na uraz. Jest rzeczą ciekawą, że podobne z typu nerwicy urazowej i napadami histerycznymi można zaobserwować bez związku z wypadkiem natomiast w następstwie całego szeregu psychicznych urazów, jak nprz. w podziemnej pracy rewolucyjnej. Prócz pierwotnych traumatyczno-emocyjnych reakcji, do kliniki nerwicy traumatycznej należą też obrazy, kształtujące się pod wpływem czynników zewnętrznych o charakterze społecznym. *Weizsäcker*<sup>1)</sup> ustalając pojęcie „*Rechtsneurose*” wskazuje na to, że chory mówiąc o rencie właściwie myśli o swoim dobrem prawie i że ta energia, jaką przejawia dążąc do renty, właściwie wypływa z dążenia i pragnienia aby mieć prawo. Tą nadwartościową ideą, tą podniecającą siłą walki o rentę staje się świadomość prawa „*Rechthaben wollen*”. Rola urazu w rozwoju schorzeń neuropsychicznych może iść w kilku kierunkach. Przedewszystkiem więc może mieć znaczenie patogenetyczne, po drugie — prowokacyjne, po trzecie — wzmacniające i pogarszające stan obecny i wreszcie patoplastyczne.

Od przypadków, w których uraz odgrywa tę lub inną rolę, należy usunąć te przypadki, w których chory po urazie łączy z obecną chorobą dawną chorobę nerwową, względnie nawet wymyśla sam uraz.

Niektórzy badacze niemieccy jak nprz. *Stier* sądzą, że prawo do renty mogą mieć tylko ci, u których stwierdza się te lub inne dane obiektywne, jak nprz. porażenia organiczne układu nerwowego, zważając w ten sposób znacznie zakres tych osób, które mają prawo do renty. Towarzystwa asekuracyjne na podstawie orzeczenia *Stiera* przyjęły nawet ten punkt widzenia, że prawo do renty mają ci tylko, u których uraz spowodował objawy organiczne,

Analiza przypadków traumatycznych stwierdza, że charakter i intensywność reakcji psychotraumatycznych zależy nie tylko od stopnia i postaci traumatycznego działania i własności socjalno-

<sup>1)</sup> Weizsäcker: Über Rechtsneurosen, Nervenarzt.



biologicznych poszkodowanego, lecz i od szeregu innych momentów, sprzyjających rozwojowi i utrwaleniu reakcji. Do tych zaliczamy momenty wyczerpujące organizm (infekcja, głód), nastawienie psychologiczne, niemożność życia się ze środowiskiem pracy, chęć opuszczenia jej, obawa dochodzenia dyscyplinarnego i t. d.

Rozwój nerwicy urazowej zależy nie tylko od urazu lecz i od psychologicznego nastawienia poszkodowanego, jego społecznego wyrobienia, wyrobienia, jego łączności z tem środowiskiem, w jakim żył i działał.

Przestrzeganie się świata pracy, rozwój nowych warunków pracy wpływa niewątpliwie uzdrawiająco na układ nerwowo-psychiczny osobnika; zwiększa jego aktywność, przejawia twórczą inicjatywę, zmniejsza emocyjno-urazowe reakcje, które u podstawy swoje wszak są reakcjami prymitywnymi.

Lekarz-znawca najczęściej ma do czynienia nie z postaciami ostreimi reakcji psychotraumatycznej, lecz z podostreimi lub przewlekłymi.

Przebieg przewlekłych postaci zależy często od nieumiejętnego podejścia lekarzy do psychotraumatyków, niezrozumienia ich psychologii, niewłaściwego leczenia, złego nastawienia na przesadę lub udawanie i t. p. W orzecznictwie musimy przede wszystkim dążyć do ustalenia związku reakcji z urazem. Ustalić ten związek możemy na podstawach następujących: czy istniała następowość zjawisk (uraz — reakcja) i czy reakcja rozwinęła się szybko, bezpośrednio po urazie i jaki miała charakter (zaburzenia świadomości, dyskinezje i t. d.). Jeżeli to stwierdzimy, to odpowiedź będzie pozytywną, na pytanie o związek choroby z urazem nawet w tych wypadkach, kiedy nie zbraknie objawów przesady i pożądlivosti rentowej, w szczególności zaś w tych wypadkach, kiedy był uraz głowy, któremu towarzyszył wstrząs emocyjny. Jednakowoż nie należy zaniedbać w żadnym wypadku przeprowadzenia dokładnej analizy i zebrania danych przedmiotowych dla ustalenia stosunku chorego do pracy w czasie urazu. Jeżeli uraz był niewielki a stosunek chorego do pracy był wybitnie negatywny (co w znacznym stopniu sprzyjało rozwojowi reakcji), to nie negując patologicznego stanu danej reakcji niekiedy odpowiemy negatywnie na związek objawów z urazem. W tych razach uraz staje się przyczyną rozwoju reakcji a nie momentem etiologicznym. Wskazując na te momenty związku schorzenia z urazem, podkreślamy doniosłość indywidualizacji każdego poszczególnego wypadku, bez



schematy zacji, natomiast z uwzględnieniem wszelkich warunków, sprzyjających rozwojowi nerwicy.

Znacznie trudniej jest ocenić poszczególne skutki urazu. Pod wpływem niektórych niekorzystnych działań może się rozwinąć emocyjno-urazowa reakcja, która przez określony czas była w ukryciu; po drugie — mogą ulec wzmocnieniu te objawy psycho-traumatyczne, które rozwinęły się po urazie a które dotąd nie miały praktycznego znaczenia. Wreszcie należy podnieść znaczenie rozpoczynających się schorzeń organicznych, które po urazie mogą przejawiać swoisty odcień, względnie wystąpić może pogorszenie się stanu w związku z dawnym urazem. Rozwijająca się miażdżyca lub stan przedstarczy mogą znacznie wzmocnić dawne niezbyt jaskrawo wyrażone postacie psychotraumatyczne. W tych razach przy ustalaniu związku schorzenia z urazem, musimy się kierować następującymi danymi: 1) charakterem urazu i tą reakcją, którą uraz spowodował, 2) stanem chorego i jego zdolnością do pracy od chwili urazu aż do schorzenia, 3) obrazem choroby i 4) czasem ubiegłym od urazu do wybuchu choroby.

Dokładna znajomość symptomatyki i przebiegu różnych psycho-traumatycznych reakcyj znacznie ułatwia rozstrzygnięcie zagadnienia związku schorzenia z urazem. Rozstrzygnięcie zagadnienia o stopniu zdolności do pracy również wiąże się z poznaniem tego lub innego stanu w różnych psychotraumatycznych reakcjach i schorzeniach. Orzekanie wymaga dokładnej znajomości podstawowych postaci psychotraumatycznej reakcji. *Rawkin* ujmuje je w 3 grupy: 1) stany ostre: a) psychozy z przestachu, psychozy komocyjne i t. d., 2) reakcje histeryczne, 3) stany utrwalenia: a) histeryczne utrwalenie i przywykanie, b) postacie z zespołem hipochondrycznym, 4) stany zejściowe: a) pourazowe zmiany charakteru (urazowe psychopatje), b) postacie otępienia.

Nie ulega żadnej kwestji, że zagadnienie t. zw. urazowych nerwic jest jednym z najbardziej ciemnych i zagmatwanych zagadnień tej części psychoneurologji, która leży między neurologją, w wąskim tego słowa znaczeniu, a psychiatrją. W rzeczywistości trudno nawet mówić o jakimś jednym zagadnieniu, gdyż jest ich właściwie wiele, możemy je jednak sprowadzić do trzech głównych, a mianowicie do zagadnienia genezy, a więc pochodzenia nerwic urazowych, do zagadnienia nerwicowych mechanizmów (patofizjologja nerwic) oraz leczenie tych nerwic. Do tych trzech zagadnień, w związku z rozbudową ubezpieczeń społecznych, przybywa czwarte zagadnienie w sensie społecznym niezmiernie ważne, naukowo cie-



kawe, mianowicie orzecznictwo w nerwicach urazowych, w szczególności zaś co do zdolności do pracy. Dział orzecznictwa jest niewątpliwie działem niezmiernie trudnym. Mamy zdawać sobie dokładnie sprawę z piętrzących się trudności, jesteśmy bowiem świadkami zaledwie nieśmiałych prób ustalania sprawdzianów, któreby mogły zorientować lekarza badającego w podstawach orzecznictwa co do zdolności do pracy chorego.

W ustawie o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28/III. 1933 r. co chwila spotykamy się z pojęciem choroby i niezdolności do pracy.

Ustawodawca nie określił jednak tych podstawowych pojęć, a ten brak musiał wywołać liczne nieporozumienia między lekarzami a ubezpieczalnią z jednej strony, a ubezpieczonymi wzgl. władzami Ubezpieczalni z drugiej, doprowadzając do sporów sądowych i uzupełniających orzeczeń ustawy. Z obszernej dziedziny lecznictwa społecznego dwa zagadnienia są najważniejsze, a mianowicie ustalenie pojęcia choroby oraz niezdolności do pracy. Co do orzecznictwa — to żaden dział medycyny nie napotyka na tak wielkie trudności, jak orzecznictwo w dziale chorób nerwowych. Tu nie wystarczy tylko wiedza kliniczna, lecz jak słusznie mówi *Tröscher* dla rzeczoznawcy ubezpieczeniowego ważniejsza jest znajomość duszy ludzkiej i przejęcie się duchem społecznym od klinicznego rozpoznania.

Ustawa o ubezp. społ. z r. 1933 zawiera przepisy, odnoszące się do ubezpieczenia na wypadek choroby. Omawia ona urządzenia, które mają zabezpieczyć pracowników przed gospodarczymi stratami spowodowanymi chorobą.

Ze świadczeń ubezpieczeniowych zgodnie z ustawą korzysta każdy ubezpieczony, który wskutek choroby potrzebuje lekarskiej pomocy oraz leków, lub staje się niezdolnym do pracy. W rozumieniu ubezpieczenia chorobowego pracujący staje się niezdolnym do pracy, jeżeli wskutek choroby nie może wykonać swej pracy zawodowej.

W przeciwieństwie do tego ubezpieczenie od wypadków uznaje za niezdolność do zarabkowania niezdolność do pracy spowodowaną przez wypadek podczas pracy i jego skutki. W ubezpieczeniu na wypadek choroby ustala się pojęcie niezdolności do pracy w ten sposób, że niezdolność do pracy zachodzi wtedy, kiedy chory już nie może wykonywać pracy zawodowej, którą wykonywał przed rozpoczęciem leczenia. Dla zagadnienia niezdolności do pracy jest obojętne, czy chory może wykonywać inną pracę nie mającą



nic wspólnego z jego zawodem, chociażby praca ta odpowiadała jego siłom i uzdolnieniom i można było ją powierzyć, uwzględniając jego wykształcenie i dotąd uprawiany przezeń zawód.

To stanowisko zmusza lekarza do kierowania się podczas orzekania nie tylko względami lekarskiej natury, lecz również społecznymi i technicznymi. Wątpić należy, czy podobne stosowanie pojęcia „niezdolny do pracy” da się utrzymać w całej rozciągłości wobec rozmiarów bezrobocia stale utrzymującego się na wysokim poziomie.

Na uznanie niezdolności do pracy nie wpływa fakt, że ubezpieczony pracuje podczas choroby. W sprawie tej zgodnie z licznymi rozstrzygnięciami należy kierować się wynikiem przedmiotowego badania lekarskiego, a nie okolicznością, że broniąc się przed nędzą chory pracuje, chociaż stan jego zdrowia na to mu nie pozwala.

Ubezpieczenie od choroby nie uznaje częściowej niezdolności do pracy. Chory albo rozporządza zupełną zdolnością do pracy, albo jest zupełnie niezdolny do pracy. Lekarz w Ubezp. Społ. musi codziennie oceniać niezdolność do pracy swych chorych, przytem ocena jest krótka — zdolny czy niezdolny, ewent. jak długo może trwać niezdolność. Mimo zwięzłości tego orzeczenia jest ono niemniej ważne i nieraz wymaga bardzo dokładnego i wnikliwego prześmyślenia całego wywiadu i obecnego stanu. Danie odpowiedzi po pierwszym badaniu na pytanie czy zachodzi niezdolność do pracy — właśnie w najczęstszych lepszych przypadkach nieraz bywa bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Wówczas lekarz rozporządza tylko jednym środkiem — zostawić sobie pewien czas dla obserwacji o ile skargi chorego budzą podejrzenie, że istotnie nie może pracować. Po pewnym czasie i po kilkakrotnem badaniu lekarz będzie mógł dojść do ostatecznej oceny przypadku. Orzeczenie zdolny do pracy w Ubezp. Społ. oznacza stale zdolnych do wykonywania dotychczasowej pracy, dlatego też bezcelowem jest orzeczenie zdolności do lepszej pracy. O świadomem udawaniu choroby w U. S. mówi się dużo, lecz zdarza się ono rzadko, o wiele rzadziej, niż o tem sądzą lekarze stojący zdala od Ubezp. Społ. Natomiast można by mówić o pewnej zachłanności ubezpieczonych, którzy w dobrej wierze sądzą, że wpłacone przez nich wkładki upoważniają ich do żądania od Ubezp. Społ. maximum świadczeń nawet w najłepszych wypadkach. Natomiast przesadzanie rzeczywistych dolegliwości zdarza się o wiele częściej. Przyczyną agravacji staje się chęć



korzystania z zasiłków, często jest warunkowana pewną słabością woli, która po przebytej chorobie przeszkadza rozpocząć codzienną walkę o byt. Największą sztuką lekarską — i tu zgodny jestem z *Tröscherem* — jest umiejętność uchwycenia odpowiedniej chwili dla dania właściwego bodźca woli ozdrowieńca. W szczególności odnosi się to do nerwic.

Grupa nerwic na terenie Ubezp. Społ. jest bardzo silnie reprezentowaną, a liczba dni zasiłkowych w tej grupie przez czas pewien rosła. Jakkolwiek pod maską nerwicy reaktywnej dokładniejsze badanie i obserwacja wykrywa często inne schorzenia, trudno jednak zaprzeczyć faktowi, że z nerwicami na terenie Ubezp. Społ. spotykamy się częściej niż przed wojną. Przyczyny tego zjawiska są zupełnie zrozumiałe, w szczególności jasne są dla ujmujących życie współczesne pod kątem zagadnień społeczno-gospodarczych. To też stwierdzamy niezdolność u asteników, którzy nie są w stanie dostosować się do współczesnego tempa życia i pracy. — Orzeczenie Państwowego Urzędu Ubezpieczeń w Niemczech rozstrzygnęło, że z pośród t. zw. powypadkowych, powojennych neurotyków, mają otrzymywać odszkodowanie tylko ci, których nerwowe dolegliwości znajdują uzasadnienie w organicznych zmianach, natomiast choroby wynikające z wyobrażeń znamionujących się pragnieniem chorowania, nie uzasadniają uprawnień do pobierania renty. W ostatnich czasach ministerstwo ograniczyło to surowe i zbyt daleko posunięte postanowienie. Byłoby rzeczą zbędną tłumaczyć, że to stanowisko nie posiada żadnej wartości dla ubezpieczenia na wypadek choroby. Neurotyk jest osobą chorą, która ma prawo do lekarskiej pomocy, przytem u tego rodzaju chorych lekarz powinien bardzo dokładnie rozważyć, czy uznanie go za niezdolnego do pracy będzie pomagało czy też przeszkadzało leczeniu.

Doniosłe znaczenie w orzecznictwie neurologicznem w przypadkach pourazowych, odgrywają schorzenia, noszące zbiorową nazwę nerwicy urazowej. Chodzi w nerwicach urazowych o te przypadki, w któryca po urazach występują objawy, nie mające podłoża organicznego, lecz pochodzenia psychicznego. Nie brak zwolenników, jak już mówiłem teorii, że wszystkie zaburzenia psychozowe pourazowe należy sprowadzić do przypadków pożądlivosti rentowej. Badacze ci podają, że niema wogóle nerwicy rentowej, że istnieje tylko i wyłącznie pożądlivość rentowa. Istotnie w znacznej większości przypadków zaburzeń psycho-nerwowych pourazowych, pożądlivość rentowa odgrywa rolę pierwszorzędną. Nie jest jednak rze-



czą słuszną oceniać wszystkie zaburzenia psychozowe pourazowe pod kątem pożądlivości rentowej<sup>1)</sup>.

*Schultze* powiada, że nie należy mieszać *Rénteneurose* z *Unfallneurose*, gdyż po urazach obserwuje się często ciężkie i prawdziwe nerwice. Sam uraz, w szczególności kiedy towarzyszy mu ciężki psychiczny *shock*, nawet bez najmniejszych danych na rentę, może doprowadzić do psychorodnego zespołu objawów. Niekiedy bardzo skomplikowane następstwa wypadku wystąpić mogą w najprostszej postaci lęku i przerażenia. Często nerwice lękowe pourazowe mają korzystne rokowanie i dostępne są psychoterapii. Trudniej poddają się wpływowi i dłużej trwają te nerwice lękowe pourazowe, w powstawaniu których dużą rolę odgrywał afekt lęku. W wypadkach kolejowych nprz. widzimy, że zespoły objawów, które występuje po wypadku w każdej następnej jeździe kolejowej mogą się tak wzmóc, że jazda staje się zupełnie niemożliwą. To samo dotyczy jazdy windą. Występowanie objawów nerwowych po wypadkach zależy nie tylko od urazu psychicznego, lecz i od konstytucji osobnika. Występujące objawy są zawsze produktem dwu czynników — exogennego i endogennego. Im jeden z tych czynników jest większy, tem drugi może być mniejszy, by efekt ostateczny był jednaki. A więc, kiedy po jednej stronie są te wypadki, w których czynnik egzogeny, a więc psychiczny *shock* po wypadku jest tak wielki, że bez specjalnej neuropatycznej dyspozycji zrozumiałe jest jego działanie, tak znów w innych przypadkach — odwrotnie — psychopatyczna dyspozycja może być tak wybitna, iż rola urazu w wywoływaniu objawów będzie miała już znaczenie zupełnie drugorzędne. W orzeczeniu zagadnienia związku urazu w powstawaniu objawów nerwowych, należy tę zasadę zawsze mieć na względzie.

W obecnym okresie bezrobocia i stałej nowelizacji ustawodawstwa pracy, ekspertyza pracy musi ustalić nie tylko zdolność do pracy, lecz i możliwości najbardziej racjonalnego jej wykorzystania, — Ustalenie określonych schematów, któremi można byłoby się kierować przy rozstrzyganiu zagadnienia zdolności do pracy w różnych postaciach psycho-nerwowego traumatyzmu — jest rzeczą niemożliwą.

Konieczne jest indywidualne podejście do przypadku z uwzględnieniem całego szeregu momentów.

<sup>1)</sup> *Weizsäcker* wręcz powiada: albo nerwica rentowa nie jest nerwicą, albo nerwica nie jest chorobą.



W rozstrzyganiu sprawy zdolności do pracy w danym przypadku należy wyjść nie tylko z właściwości patologicznej reakcji, lecz z charakteru całej osobowości, jej bio-socjalnej struktury, z całego tła, na którym rozwinęła się reakcja. Ta sama postać i intensywność reakcji może dać różne oceny zdolności do pracy w schorzeniach urazowych zależnie od: 1) wieku, 2) obecności jakiegoś przewlekłego schorzenia, 3) braków rozwoju fizycznego, 4) zawodu, kwalifikacji i możliwości przekwalifikowania, 5) poziomu socjalno-kulturalnego, 6) nastawienia chorego, 7) warunków bytu, 8) leczenia i t. d.

Z istoty schorzenia psychotraumatycy w znakomitej większości, są czasowo niezdolni do pracy i wymagają w ostrych i podostrych przypadkach leczenia lub zmiany rodzaju pracy. Wobec tego, że praca dla chorych nerwowo-psychicznych, w szczególności dla traumatyków jest najlepszym środkiem uzdrawiającym, byłoby rzeczą naturalną po okresie leczenia w okresie ostrym, orzekać ich zupełną zdolność do pracy. Wobec tego jednak, że w praktyce spotykamy się z przypadkami zapuszczonymi lub właściwie ze „zdemoralizowanymi” lub że tak powiem „zmarowionymi” niestosownym podejściem do chorego i leczeniem, wskutek czego rozwijają się dość trwałe stany patologiczne, wobec tego należy często rozstrzygnąć i pytanie stopnia utraty zdolności do pracy<sup>1)</sup>. Jeżeli w decyzji zdolności do pracy chorego wyjdziemy nie tylko z właściwości danej reakcji, lecz z całej osobowości, to zawsze będziemy mieli punkt oparcia dla słusznych wniosków. Zupełna i trwała utrata zdolności do pracy psycho-traumatyków zdarza się b. rzadko. Przyznajemy ją w przypadkach długotrwałych okresów pseudodemencji, długotrwałych porażeniach, licznych przejawach hiperkinezji i t. d. Jednak nawet i w tych przypadkach należy pamiętać, że w pewnych korzystnych warunkach chory może opuścić dotychczasowy stan i zacząć pracować.

Dynamiczna obserwacja chorych stwierdza, że zachowanie się i stan wielu psychotraumatyków niepracujących już od kilku lat w ostatnich latach zmienia się. W związku z bezrobociem i powstającymi od czasu do czasu możliwościami otrzymania pracy innej lub stosowniejszej niż dotąd chorzy ci zmieniają niekiedy nastawienie, stając się bardziej aktywnymi. Po wciągnięciu się do pracy stają się wartościowymi pracownikami, stan ich ulega znacznej poprawie. W przypadkach niezbyt wybitnych reakcji psychotrauma-

<sup>1)</sup> Dr. Jankowski podaje niezdolność zarobkową w t. zw. nerwicach i psychonerw. urazowych w odsetkach od 20 — 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>.



tycznych znawcy stwierdzają pełną zdolność do pracy, niekiedy tylko z zastrzeżeniem konieczności zmiany jakości pracy.

Wskazania do zmiany pracy mogą znaleźć podstawę w następujących momentach: 1) jeżeli uraz uwarunkowany jest specyficznymi warunkami danego zawodu (np. wypadek w kopalni, porażenie prądem) i u chorego w związku z tem rozwinął się niepokój w stosunku do danego zawodu. Zmiana zawodu może być przejściowa, 2) jeżeli powstały stan patologiczny nie obniża jego zdolności do pracy lecz czyni go niepohamowanym, może doprowadzić do postępowania antyspołecznego, 3) jeżeli po urazie rozwijają się trwałe stany hipochondryczne (ból nóg u szwaczek, rąk u stenotypistek i t. d.), 4) przy wybitnie negatywnem ustosunkowaniu się do danej pracy i 5) jeżeli wystąpiły lekkie objawy otępienia, lub pod wpływem skocku czasowe obniżenie formalnych zdolności, które przeszkadzają wykonywaniu pracy wysokowartościowej.

Te momenty przemawiają za koniecznością zmiany pracy. Po pewnym czasie (zależnie od indywidualnych właściwości, trwałości objawów i t. d.) chorzy ci często mogą powrócić do dawnych zajęć.

Chorzy z ostreimi postaciami reakcji psychotraumatycznej są czasami niezdolni do pracy i wymagają specjalnego leczenia.

W niektórych postaciach przy zachowaniu nałogu do pracy — automatyzmu — chorzy mogą nadal pozostawać w dotychczasowej pracy. Obniżoną zdolność do pracy stwierdzamy w tych przypadkach, kiedy reakcje psychotraumatyczne rozwijają się na tle schorzeń miażdżycowych lub przedstarczych — choćby i w lekkich stopniach. Co do postaci hipochondrycznej — to osoby te zdolne są do pracy w t. zw. zawodach lżejszych, natomiast kiedy hipochondrja wiąże się z miejscem urazu, wówczas najczęściej mamy do czynienia z dość ciężkimi stanami neurotycznymi, które na dłuższy okres obniżają zdolność do pracy. T. zw. traumatyczni psychopaci (z bardzo małymi wyjątkami) w znakomitej większości są zupełnie zdolni do pracy i tylko niekiedy wymagają zmiany rodzaju pracy.

Orzecznictwo w sprawach psychotraumatycznych powinno być zbudowane w ten sposób, ażeby mogło ustalić następujące punkty: 1) właściwość obrazu klinicznego, 2) rozwój danego stanu chorobowego, 3) właściwości i charakter nieszczęśliwego wypadku i warunków, gdzie wypadek miał miejsce.

Należy więc ustalić czy mamy do czynienia z objawami typowymi dla schorzeń psychotraumatycznych, jakie objawy są trwałe a jakie reaktywne, jakie objawy i w jakim stopniu obniżają zdolność do pracy, biologiczne właściwości badanego, psychiczna struktura i stosunek badanego do pracy.



Powodzenie w badaniu psychotraumatyka zależy w dużej mierze od odpowiedniego podejścia do chorego. Dążenie niektórych lekarzy do stwierdzenia symulacji lub agravacji, negatywny, ironiczny lub wręcz złośliwy stosunek do chorego z objawami histerycznymi, najczęściej prowadzi do wzmocnienia się objawów chorobowych, zamknięcia się chorego a w następstwie do zerwania kontaktu lekarza z chorym. Zbyt długotrwałe badanie chorych traumatyków, powtarzne i systematyczne kontrolne badania działają traumatyzująco na tego rodzaju chorych, sprzyjają wzmocnieniu i utrwaleniu się całego szeregu objawów.

Streszczam się:

Schematycznie rozstrzygać zagadnienie zdolności do pracy w nerwicy urazowej — nie można. Indywidualizacja jest konieczną.

Rozstrzygnięcie sprawy zdolności do pracy psychotraumatyków wymaga uwzględnienia następujących momentów: 1) tła, na którym reakcja rozwinęła się, 2) związku urazu z reakcją, 3) intensywności reakcji, 4) obecności typowych objawów dla schorzeń psychotraumatycznych.

Zupełną niezdolność do pracy lub bardzo długotrwałą — stwierdzamy bardzo rzadko (pseudemencja, histeryczne długotrwałe porażenia, hiperkinezy).

Zmiany rodzaju pracy wymagają te przypadki, w których uraz uwarunkowany jest specyficznymi warunkami pracy, jeżeli po urazie rozwinęły się trwałe stany hipochondryczne w związku z daną pracą, lub jeżeli rozwinął się negatywny stosunek do danej pracy. Zmiana rodzaju pracy może być wynikiem zmniejszonej zdolności do pracy po wypadku lub wskutek emocyjno-negatywnego stosunku do danej pracy.

W nerwicach urazowych należałoby leczyć nie tylko chorego ale i jego otoczenie. Psychotraumatycy — to przede wszystkim traumatycy społeczni, których należy leczyć i to leczyć nie w sanatoriach lub miejscach kąpielowych, nie elektro- czy mechanoterapią, lecz zmianą ich warunków społecznych i to w ten sposób, aby „zdrowy” że tak powiem dobrobyt nie mogli zawdzięczać swojej chorobie, żeby jedynym wyjściem z sytuacji był powrót do pracy, która im zapewni lepszą od dzisiejszej egzystencję.

Zakończę słowami *Golanta*, który powiada, że często na nerwice urazowe pogląd nie lekarzy, lecz całego państwa może mieć decydujące znaczenie na jego rozpowszechnienie się. Im bardziej kultywuje się nerwice urazowe, im większe przypisuje się jej znaczenie tym jej objawy stają się cięższe i uporczywsze.



## ORZECZNICTWO SĄDOWO-LEKARSKIE W SPRAWACH URAZOWYCH REAKTYWNYCH.

podał

DR. STANISŁAW JANKOWSKI.

Lekarz Zakładu Ubezpieczenia od wypadków i biegły sądowy w Krakowie.

Sprawa reaktywnych nerwic i psychoz, z teoretycznego stanowiska rzecz biorąc, została w poprzednich pracach możliwie dokładnie przedstawioną — także i jej stanowisko w nauce zostało już należycie oświetlone.

Niniejszy referat ma jedynie na celu sprowadzić sprawę nerwic do poziomu życia codziennego i, pomijając rozważania teoretyczne, przedstawić stanowisko lekarza orzekającego przed sądem, czy też przed zakładem ubezpieczenia od wypadków — gdzie z reguły nerwice urazowe znajdują miejsce swego spoczynku lub przynajmniej miejsce decydującego w ich przebiegu etapu.

Choroby te, czy też stany, razem wzięte obejmowane bywają przez wszystkich laików, a także wielu lekarzy pod kolektywną nazwą „nerwic urazowych”, względnie „psychonerwic urazowych” i im właśnie mam zamiar poświęcić tych kilka bezpretensjonalnych uwag, na marginesie całego zagadnienia zrobionych, o tyle może zasługujących na pewną uwagę, że pochodzą od lekarza sądowego, pracującego od lat 35 na terenie sądów i zakładów ubezpieczeń tak krajowych jak i zagranicznych — skutkiem czego materiały na jakim się opieram obejmuje kilka tysięcy zbadanych przypadków nerwowych, względnie psychicznych — obok kilkunastu tysięcy innych wypadków.

Z tego względu grono moich kolegów i współpracowników zaszczyliło mnie właśnie zadaniem tego referatu — który jak powtarzam, będzie miał jedynie wartość spostrzeżeń praktyka — wartość uwag osobistych — których nie podyktowała mi literatura, ale życie codzienne.



Z góry zaznaczam, że nazwa „nerwicy czy też psychonerwicz urazowych” jest zupełnie niewłaściwą i że pod tem zbiorowem mianem kryje się legjon najrozmaitszych schorzeń i nieschorzeń, które jako wspólny czynnik mają jedynie i wyłącznie wypadek, podlegający odszkodowaniu, czy to ze strony instytucji ubezpieczeniowej, czy też ze strony jednostki, czy też instytucji za jakiś wypadek i jego następstwa odpowiedzialnej i to przede wszystkim odpowiedzialnej pieniężnie.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że sami lekarze orzekający używają wobec sądów najróżnorodniejszych denominacji na określenie tych stanów reaktywnych — wprowadzając do samej sprawy jeszcze większy chaos, który i tak już w ujmowaniu tych pojęć panuje.

Zdarza się to na porządku dziennym, że ten sam stan reaktywny nazywa się w dochodzeniach wstępnych zupełnie inaczej — inaczej nazywają i definiują go lekarze orzekający w I-szej instancji sądowej — inaczej znowu lekarze w II-giej instancji, o ile bywają tamże wzywani.

W ten sposób sąd, z natury rzeczy swej, jako władza, złożona częściowo tylko z prawników, a często — jak to bywa w sądach rozjemczych — z laików nie orientujących się wogóle w całym zagadnieniu dość dokładnie — popada w zupełną dezorientację i dopiero po przeczytaniu szeregu orzeczeń faktycznie nie wie, czy ma przez cały czas z tą samą, czy też z coraz to inną chorobą do czynienia.

Że zaś t. zw. „wyjaśnienia” zastępców stron procesowych, zainteresowanych głęboko w wyniku samej sprawy, a często inspirowane nawet przez lekarzy, nie zawsze stojących na wysokości swego zadania — nie przyczyniają się zupełnie do wyrównania nieporozumień i do objaśnienia prawdziwego stanu rzeczy — dodawać chyba nie potrzeba. Z tych względów nie używam, o ile mogę, w orzeczeniach moich denominacji „nerwicy urazowej”, z powodu fałszywych kojarzeń z tą nazwą połączonych, a nazywam te stany poprostu „rozdrażnieniem” lub „rozstrojem nerwowym”, co dla laików jest znacznie łatwiej zrozumiałem.

Do całkowitego już zaciemnienia sprawy przyczyniają się niejednokrotnie poprzednie orzeczenia i świadectwa lekarskie, najeżone często całą masą dla nikogo z czytających niezrozumiałych terminów lekarskich, które nadają może danej opinii charakter pewnej „uczoności” — atoli przez laików, dla których są przeznaczone, interpretowane bywają w sposób zupełnie niewłaściwy.



Nie zapomnę nigdy epizodu, jaki przeżyłem przed kilkunastu laty w pewnym sądzie rozjemczym, gdy czekając na swoją kolej, przysłuchiwałem się przypadkowo odczytywanemu orzeczeniu wydanemu na prowincji. Czego tam nie było? Romberg ujemny — Oppenheim, Strümpell, Babiński ujemny — Mannkopf, Rumpf ujemny — Graeffe i Stellwag Karion ujemny. Siedzący obok mnie pewien robotnik górniczy asesor sądu rozjemczego, nachyliwszy się do mnie mówi: „A to dopiero nieszczęśliwy człowiek! Widać musi być bardzo ciężko chory, bo u niego wszystko jest ujemne”.

Tak się przedstawia wprost z życia wzięta ineterpretacja opinii lekarskiej napisanej może prawdziwie, ale ujętej w formę nieodpowiadającą temu „forum” dla którego była przeznaczona.

Z tego też względu niektóre instytucje ubezpieczeniowe, zwłaszcza zagraniczne, na swoich formularzach proszą wprost badających lekarzy o unikanie niezrozumiałych technicznych denominacji.

Najpraktyczniej jest traktować dany dodatni, czy ujemny objaw opisowo, aniżeli używać skrótów klinicznych, które nadają orzeczeniom pewną cechę, powiedzmy, powagi zawodowej i uczoności, dla „maluczkich w medycynie” jednak są zupełnie, albo też niewłaściwie zrozumiałe.

Poza tem orzeczenia należy formułować jasno, treściwie, możliwie pewnie i o ile się to tylko da, schodzić z drogi teoretycznym wywodom, bo te celu swego z reguły chybiają.

My sami, lekarze zawodowi, nie jesteśmy jeszcze zgodni w ocenie stanowiska naukowego stanów reaktywnych — i nie wiadomo naprawdę, czy kiedykolwiek zdołamy uzgodnić bez reszty to tak trudne zagadnienie biologiczne i społeczne — jak możemy tedy żądać zrozumienia od laików, nie posiadających nawet elementarnych zasad przyrodniczego wykształcenia?

Drugim momentem, który tu podkreślam, jest absolutny obiektywizm — brak wszelkiego takiego, czy też innego nastawienia i bezstronność lekarza orzekającego.

Nie chcę się rozwodzić nad tą sprawą, pozornie rozumiejącą się sama przez się, pozwolę sobie tylko wspomnieć zdanie *Poppelreutera*, który twierdzi, że lekarz orzekujący „musi starać się nie występować ani w roli funkcjonariusza władzy, ani w roli lekarza domowego — lekarz orzekający winien się uważać za neutralną naukową instytucję, stojącą pomiędzy biegunami i winien rozstrzygać w razie konfliktu po dokładnem rozważeniu wszystkich za i przeciw, według swego najlepszego osobistego przekonania”.

Proszę mi wierzyć, że takie utrzymanie absolutnej neutralności



jest rzeczą bardzo trudną i wyrabia się dopiero po długoletniej pracy, w drodze nabywanego doświadczenia i to nie tylko u „wypadkowych” ale także „niewypadkowych” chorych.

Dla niespecjalistów, dla lekarzy orzekających w prowincjonalnych sądach okręgowych, najczęściej jest albo „jeder Unfallneurotiker-ein Schweinehund” — jak mówi o pewnym wysoko postawionym lekarzu *Reichardt* — albo też taki neurotyk jest zgóry już ciężko chorym, nieszczęśliwym, zapoznanym przez wszystkich, a gnębionym przez wielu człowiekiem.

W tym kierunku panuje tak z jednej jak i z drugiej strony niesłychana wprost przesada, o której nabiera się dopiero dokładnego wyobrażenia, czytając pisma sporne w sprawach odszkodowawczych o nerwice.

Przy ocenie następstw wypadku kładę zawsze bardzo wielki nacisk na wywiady i to tak wywiady rzeczowe (z zeznań świadków i aktów) jak i na anamnezę osobniczą, uzyskiwaną od samego badanego.

Przy zestawianiu tych wywiadów zachowuję zawsze jak najdalej posunięty obiektywizm i pamiętam zawsze o tem, że mam w danym przypadku do czynienia nie z pacjentem prywatnym, ale z stroną procesową — pamiętam także o tem, że stale obie strony procesowe, nie biorą prawdy zbyt rygorystycznie.

W pierwszym rzędzie zaznajamiam się możliwie dokładnie z rodzajem, przebiegiem i doniosłością samego wypadku — który prawie z reguły bywa z jednej strony przedstawiany bagatelizująco — z drugiej strony przecenianym do granic groteski nieledwie.

Cytatami w tym kierunku wypełnić mógłbym całe dzisiejsze przedpołudnie — nie mamy na to atoli ani czasu ani chęci — ale wspomnę tylko taki fakt, że rzekoma ciężka „nerwica urazowa” wybuchła u strażnika finansowego, po uderzeniu w twardą czapkę mundurową, żarówką spadającą z wysokości około 3 metrów — żarówką wagi około 40 gramów — nie powodując żadnego śladu obrażenia ani żadnych objawów początkowych — przyczem jednak właściciel browaru w którym zaszedł ten wypadek był miljonerem.

Pamiętam także przed laty jeden wypadek, w którym jeden z ówczesnych mistrzów w medycynie rozpoznał ciężką nerwicę urazową u człowieka, na którego spadł z sufitu płatek pobiałej, wagi może kilka gramów, nie powodując na razie żadnych śladów obrażeń, ani żadnych inicjalnych objawów. Atoli rzekomy uszkodzony



był kolejarzem — co zaś z tymi przeżyliśmy w zakresie nerwicy — opisać się wprost nie da, a tem więcej uwierzyć!

Oceniałem niedawno przypadek „nerwicy urazowej” powstały rzekomo skutkiem wybuchu prochowni w Witkowicach — badany pacjent znajdował się wówczas w Krakowie — w odległości pełnych 9 kilometrów od miejsca wybuchu, po którym miał stracić przytomność. Przy skrupulatnie zbieranych wywiadach jednak pokazało się, że na odgłos eksplozji wybiegł na ulicę i zobaczył popękane szyby i szkło na chodnikach.

Z drugiej strony pamiętam przypadki kolejowe, w których kolej austriacka w wypadkach zaszłych w nocy broniła się stereotypowym frazesem, że „der Stationsplatz war brillant beleuchtet”. Przedmiotowo zaś stwierdzono, że owo „brillante Beleuchtung” ograniczało się do 2 zwykłych latarni naftowych na słupach umieszczonych.

Oceniałem także taki przypadek, w którym budników kolejowych prowadzono na świadków, że pewne drzwi pociągu pospiesznego, pędzącego z szybkością przeszło 80 kilometrów — pewnej nocy grudniowej — były zamknięte — co naturalnie owi budnicy w zupełności potwierdzili.

To też w każdym wypadku staram sobie owe zdarzenie zrekonstruować zupełnie dokładnie, aby w orzeczeniu móc sobie uzmysłwić możliwie ściśle, czy w danym razie chodziło o jakieś poważniejsze zdarzenie, czy też o zwykłe, bagatelne zajście z życia codziennego, mające rzekomo wywołać chorobę ciężką — latami trwającą — powodującą mniej lub więcej daleko idące upośledzenie zdolności zarobkowej i rzekomą konieczność ustawicznego, a zawsze bezskutecznego leczenia.

Również ważnem jest dla mnie zrekonstruowanie dokładne zachowania się osób uległych jakiemuś wypadkowi natychmiast, lub w krótkim czasie po owym wypadku.

Uważam wogóle anamnezę i to nie tylko rzeczową, ale i osobniczą, za jedną z bardzo ważnych podstaw orzeczenia. Przecież owe nerwice są to — ściśle rzecz biorąc — stany psychotyczne — sięgające czasem bardzo głęboko w umysł ludzki. Tę głębię należy możliwie dokładnie zbadać — doniosłość jej możliwie dokładnie określić — wszystko to jest możliwem jedynie przy wejściu w należyty kontakt z osobnikiem badanym, który w osobie badającego lekarza nie powinien dostrzegać wroga, czyhającego na jej pretensje odszkodowawcze — który jego stanu nie rozumie i zrozumieć się nawet nie



stara. Z drugiej zaś strony—przy możliwie najdokładniejszej rekonstrukcji zdarzenia, które taką reakcję wywołało.

Osobny rozdział możnaby poświęcić świadectwom lekarskim prywatnym, wydawanym przez lekarzy w sprawach odszkodowawczych. Mówiąc bardzo delikatnie olbrzymia większość tych świadectw odznacza się daleko posuniętym liberalizmem i nie dość pewnie umotywowanymi ostatecznymi wnioskami.

W pierwszym rzędzie należy napiętnować niekiedy makabryczne wprost rokowania na przyszłość, wywody na temat nieuleczalności stanu i trwałego kalectwa, lub co najmniej uporczywości i długiego trwania choroby, oraz konieczności jakiegoś szczególniejszego leczenia.

Takie świadectwa są dla samych pacjentów w wysokim czasie stopniu szkodliwe, przyczynić się mogą nawet do specjalnego t. zw. „iatrogennego” obrazu.

Pozwalam sobie zwrócić uwagę w pierwszej linji na zbyt częste i nieuzasadnione rozpoznawanie „wstrząśnienia mózgu” w wypadkach.

Takie rozpoznawania „wstrząsu mózgowego” jest u lekarzy, zwłaszcza niespecjalistów, stale używanem, bo najłatwiejszem wyjściem ze sprawy. — Tymczasem w olbrzymiej większości podobnych przypadków bliższe i dokładniejsze dochodzenia dowodzą, że po wypadku nie było u uszkodzonego ani zamroczenia, ani nieprzytomności — że nie było wymiotów — nie było bledności powłok — zwolnienia tętna, ani niepamięci wstecznej.

A dodać należy, że takie raz do aktów weszłe wstrząśnienie mózgu, grasuje w nich przez wszystkie instancje i dla łatwowiernych laików, jakimi są sędziowie, jest jedynie dokładniej zrozumiałym terminem naukowym.

Z tego względu tego terminu unikam wszędzie, gdzie tylko nie jestem w możności wstrząśnienia mózgu na prawdę stwierdzić, — co więcej nawet objaśniam na czem właściwie wstrząśnienie mózgu realne polega i jakie wywołuje skutki.

Oczywiście w wywiadach uwzględniam elementy dziedziczności, stosunki konstytucjonalne, alkoholizm i t. p., co może do zrozumienia następstw wypadku do pewnego stopnia się przyczynić — niektórzy klinicyści kładą na te okoliczności zbyt wybitną wagę — dla celów sądowych jednak te szczegóły są zupełnie obojętne. Bo odpowiedzialność karna i cywilna za wszelkie wypadki z naruszeniem zdrowia połączone, rozciąga się na wszystkich uszkodzonych, bez względu na ich konstytucjonalne stosunki.



Przy zbieraniu anamnezy osobniczej, lekarz badający ma już sposobność poczynienia pewnych spostrzeżeń dla oceny przypadku mniej, lub więcej doniosłych. Sposób przedstawienia samego wypadku i jego następstw, całe zachowanie się osoby badanej, daje dla lekarza psychiatrycznie wykształconego szerokie pole do spostrzeżeń.

Pamiętać należy atoli o jednym jeszcze szczególe — oto osoby badane znajdują się wówczas prawie z reguły w stanie pewnego podrażnienia, jak zwykle przy badaniach, z którymi jest połączonym jakiś donioślejszy interes. Drobne zatem nieścisłości czy też niedokładności w podaniach nie powinny być żadną miarą na ich niekorzyść interpretowane.

Na podstawie mojego osobistego doświadczenia stwierdzam, że zbieranie wywiadów w przypadkach urazowych jest osobną sztuką — której ważność niestety zwykle się zapoznaje.

Przystępując do samego badania przedmiotowego, narzuca się zawsze kwestja, czy w danym przypadku mamy do czynienia z jakąś zmianą organiczną, czy też czysto funkcjonalną?

Według nowszych zapatrywań pewnego odłamu neurologów sprawa ta jest mniej więcej obojętną — gdyż nawet przy zaburzeniach organicznych istnieje czasem pewna „nadbudowa” („Überlagerung” niemieckiej literatury) funkcjonalnego pochodzenia; z drugiej zaś strony reakcja jest zjawiskiem psychicznem.

Osobiście jestem tego zdania, że pomimo wszystkiego należy taką nadbudowę — o ile wogóle istnieje — wykryć i wyodrębnić — gdyż przecież inaczej oceniać się będzie chorego ze stwierdzonym złamaniem podstawy czaszki, nadbudowanym neurotycznie, a inaczej czystego neurotyka, u którego istnienie zmian organicznych można stanowczo wykluczyć.

Zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, że czasem jest wogóle niemożliwem tego rodzaju kompleksy wyodrębnić, a zawsze jest to ze znacznemi połączone trudnościami — pomimo tego nie należy nigdy poniechać jak najdalej idących w tym kierunku zabiegów.

Każdy szczegół badania notuje się oczywiście najdokładniej, nie należy bowiem nigdy dowierzać zanadto swej pamięci — wiele szczegółów zresztą wymaga przy ponownych badaniach dokładnego porównania.

Sam tok badania będzie zwyczajnym, typowo klinicznym spo-



sobem — zawsze atoli przy bacznej i niedostrzegalnej obserwacji chorego badanego.

Badając w ten sposób możemy poczynić wiele pożytecznych spostrzeżeń: te same osoby badane na reakcję źrenic przy zasłonięciu obu oczu nie okazują nieraz ani śladu jakiegokolwiek chwiania się — przy próbie Romberga natomiast wykazują zaburzenia równowagi.

Ten sam badany słyszy dokładnie mowę konwencjonalną i nawet szeptałą — ale przy badaniu słuchu przedstawia silne jego przytępienie.

Ten sam badany chory pochylający się przy zdejmowaniu trzewików bez trudności — czasem twierdzi przy następownem badaniu kręgosłupa, że się pochylać wogóle nie może lub czyni to wśród przesadnych demonstracji bólu.

Przykłady podobne możnaby mnożyć w nieskończoność.

Nie twierdzę zupełnie, jakoby podobne zachowanie się dawało podstawę do rozpoznawania symulacji — to znaczy świadomego udawania nieistniejących objawów przez zdrowego człowieka — dowodzą one tylko pewnej przesady, czasem nawet niezupełnie świadomej.

W tem miejscu podkreślić muszę, że symulacja typowych objawów chorobowych zdarza się niezmiernie rzadko — przesada (agrawacja) w mniejszym lub większym stopniu, świadoma, lub niezupełnie świadoma, trafia się na porządku dziennym.

Uderzającą jest przytem sugestywność takich neurotyków reaktywnych — w razie wypadku kilku osób z jednej rodziny albo kilkunastu osób z jednej miejscowości, otrzymujemy identyczne w szczegółach podmiotowe podania, niejednokrotnie temi samymi słowami produkowane.

Symulację samego wypadku lub symulację związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem, a rzekomą reakcją traumatyczną spotyka się także niezbyt często.

Miałem jednak sposobność już badać „traumatycznego neurotyka” z wypadku kolejowego, w którym wcale wogóle nie był.

Miałem także wielokrotnie sposobność badać rzekomych neurotyków, u których podstawą skarg podmiotowych były zupełnie inne, nie nerwowe, schorzenia — w jednym podobnym przypadku, ze ś. p. prof. Piltzem, badanym, znaleźliśmy jako podstawę uporczywych bólów głowy — zapalenie nerek, o którym nikt nie wiedział i o którym milczały wszystkie świadectwa lekarskie. W drugim podobnym przypadku znalazłem cukrzycę nieurazowego pochodze-



nia. Ile razy typowe przewlekłe zapalenia mięśnia sercowego rozpoznawane jest jako „nerwica serca z wypadku”. Ile razy znowu maskuje chorobę nerwową stara choroba Basedowa. A ilu alkoholików chronicznych płynie pod flagą nerwicy urazowej z wszelkimi jej objawami, naliczyćby trudno!

Z tego względu uważam w podobnych przypadkach dokładne badanie i to nie tylko neurologiczne za „*conditio sine qua non*”. W szczególności kładę nacisk na badanie psychiatryczne, gdyż cały problem nerwic reaktywnych należy do psychiatrii. W bardzo wielu przypadkach uważam interwencję rutynowanego internisty za wręcz nieodzowną i stawiam tego rodzaju „*petitum*” sądowi.

Uwagi powyższe zbliżają mnie do kwestji lekarzy biegłych przez sądy w sprawach nerwic wzywanych — kwestja to bardzo delikatna, nie mniej przeto zasługuje na osobne wspomnienie.

Dla każdego z nas, znającego patologię i psychopatologię nerwic reaktywnych, jest jasnem, że jedynie specjaliści naukowo i praktycznie wyrobieni, kwalifikują się na lekarzy orzekających w podobnych sprawach. Tymczasem temu żądaniu czyni się — i to do pewnego tylko stopnia — zadość w wielkich centrach uniwersyteckich. W sądach okręgowych prowincjonalnych pełnią rolę lekarzy, orzekających w sprawach nerwic, lekarze zupełnie do tego nieprzygotowani, nieobznajomieni z traumatologią wogóle, a już szczególnie ze stanowiskiem nerwic w nowszej nauce, lub nastawieni w jednym wyłącznie kierunku — atoli powołani na biegłych przez sędziego działającego w myśl prawa „swobodnego wyboru”.

Tą drogą przychodzą do skutku najbardziej horrendalne orzeczenia, cofające się swym naukowym poziomem o kilkadziesiąt lat wstecz. Miewałem sposobność czytać podobne orzeczenia, rozwodzące się na temat jeszcze „*Railway Spain*” i „*Railway Brain*” — a więc pierwszych prac *Erichsena* z r. 1866 — należących już do lamusa historii medycyny.

Niestety na jakąś radykalną reformę w tym kierunku nie mamy żadnego środka, gdyż z jednej strony stoją tutaj na przeszkodzie stosunki zarobkowe lekarskie, jak wiadomo, aż nadto dobrze pogarszające się nieledwie z każdym dniem — z drugiej strony niejednokrotnie lokalny patriotyzm — zawsze zaś brzmienie procedury sądowej zastrzegające sędziemu zupełnie wolną rękę w mianowaniu znawców — lekarzy. Jak olbrzymie szkody wynikają stąd dla społeczeństwa — dodawać nie potrzebuję.

O ile chodzi teraz o samo orzeczenie sądowo-lekarskie, jako ostateczny wynik koronujący wywiady i stwierdzony stan obecny —



to pytania w takim orzeczeniu odpowiedzi wymagające, będą ilościowo różne, zależnie od instancji sądowej wobec której się orzeka.

Wobec sądów rozjemczych i polubownych, sądzących na podstawie ustawodawstwa społecznego, orzeczenie o następstwach wypadku redukuje się zasadniczo do jednego tylko pytania — to jest do skutków krytycznego wypadku odnośnie do zdolności do pracy zarobkowej ogólnej lub też pracy zawodowej badanego. Wyjątkowo tylko postawionem zostaje pytanie w kierunku możliwości związku przyczynowego i leczenia.

Podobne pytania stawiają także sądy b. zaboru pruskiego.

Natomiast w b. zaborze austriackim, stałem głównem pytaniem, jest pytanie w kierunku istnienia, trwania i nasilenia bólów — a to ze względu na t. zw. „nawiązkę” za ból, jakiej strony skarżące mają prawo żądać i z jakiej robią najdalej idący użytek.

Tutaj wkraczamy już w dziedzinę prawną adwokacką względnie w dziedzinę sądowniczą.

Codziennie doświadczenie sądowe poucza, że najwyższe pozycje „za ból” liczyły dawniej zawsze strony posiadające t. zw. „prawo ubogich” a więc nie ponoszące żadnych kosztów procesowych prócz kosztów zastępstwa prawnego o które się, poprzednio poza-sądownie umawiały.

Natomiast strony nie posiadające „prawa ubogich”, ryzykujące wysokie stosunkowo koszty procesowe, a obecnie w nowej procedurze cywilnej zmuszone do składania z góry znacznej zaliczki w gotówce — są w ustalaniu wysokości swych żądań „za ból” znacznie skromniejsze.

Wogóle wysokości nawiązki uległy w latach ostatnich bardzo znacznej redukcji — obecnie pozycji, idących w setki tysięcy już się prawie nie spotyka — podczas gdy dawniej było to na porządku dziennym.

W nowej procedurze cywilnej tłumikiem w tym kierunku jest wysokość stempla od wyroku na zaskarżoną, a nie na wygraną, sumę — wobec czego nawet strony posiadające „prawo ubogich” liczą się z tym faktem, że w razie zbyt wysokiej skargi, a zbyt niskiej wygranej — mogą pomimo wygranej sprawy nie dostać wogóle ani grosza, gdyż wszystko pochłona należytości sądowe i koszty adwokackie.

Tem się tłumaczą stosunkowo niskie żądania nawiązki w latach ostatnich — dowodzące, że w sprawach nerwic reaktywnych



stosunki gospodarcze i przepisy sądowe odgrywają nieledwie taką samą rolę jak patologia!

Ocena bólu na gotówkę, jest naturalnie rzeczą swobodnej oceny sędziowskiej — nie mamy bowiem żadnego wspólnego miernika pomiędzy tak czysto indywidualnem uczuciem jak ból, a pieniądzem. Z tego też względu w rozmaitych sądach oceny nawiązki za ból wypadają indywidualnie skrajnie rozmaicie, zależnie od doświadczenia i nastawienia osobistego samego sędziego.

Ogólnie rzecz biorąc nastawienie sędziów doświadczonych, urzędujących po wielkich miastach, sądzący dziesiątki podobnych spraw rocznie, jest bardziej sceptyczna i krytyczna od sędziów na prowincji, pozostających także często pod wpływem orzeczenia lekarskiego, przepojonego czasem wprost głęboko tragicznem ujęciem najprostszego czasem i w sobie samym i w następstwach bagatelnego wypadku.

Lekarze orzekający pytani w kierunku bólu, kierować się muszą dwoma zasadniczymi pytaniami: czy taki ból wogóle istniał, lub istnieje? i jakie jest jego przypuszczalne trwanie i nasilenie?

Oczywiście w dużej mierze jesteśmy skazani w podobnych przypadkach na podmiotowe podania osoby badanej — podania, które zawsze należy brać bardzo krytycznie.

Z drugiej jednak strony i cały stan psychiczny i fizyczny daje pewną wskazówkę w kierunku oceny owych bólów. Z reguły mamy sposobność badać podobnych chorych w dłuższy czas po wypadku — cały ich sposób zachowania się — stan ogólny zdrowia, czasem wprost kwitnący, daje już pewne wyobrażenie o istnieniu, czy też nasileniu i trwaniu podawanych bólów — jako fachowcy bowiem wiemy przecież dokładnie, jak wygląda człowiek nękany przez czas dłuższy cielesnemi bólami, lub gwałtownemi bólami głowy — stającymi się i ściśle nie dający się skontrolować repertuar skarg neurotyków traumatycznych.

To też w podobnych przypadkach należy postępować bardzo, krytycznie i zastanawiać się zawsze nad możliwością istnienia bólów latami rzekomo trwających.

Osobiście nie generalizuję nigdy w podobnych przypadkach — gdyż schematyzowanie w orzecznictwie sądowo-lekarskiem uważam wogóle za zasadniczy, ciężki błąd — nie wykluczam w zasadzie nigdy w pierwszych czasach po wypadku dolegliwszych bólów głowy, z czasem słabnących na nasileniu, aż wreszcie ustępujących — a czas trwania tych bólów oznaczam w przybliżeniu i w dość szerokich granicach.



O słuszności mego stanowiska przekonywają mnie bardzo liczne katamnezy zbierane od szeregu osób, w dłuższy czas po zakończeniu definitywnem ich spraw sądowych, które ma olbrzymie znaczenie.

Nie spotkałem jeszcze nigdy neurotyka traumatycznego, nie załatwionego definitywnie, lub pobierającego rentę, któryby wogóle przyznał, że pierwotne jego bóle z czasem ustąpiły. Natomiast spotyka się stan taki u osób czy to odszkodowanych jednorazowo, czy też u osób, u których sprawa sądowa została prawomocnym wyrokiem definitywnie zakończoną.

Drugim pytaniem sądu wystosowanem do lekarza orzekającego, jest pytanie w kierunku trwania, nasilenia niezdolności do zarobkowania lub do pracy zawodowej.

W odpowiedzi na takie pytanie, także zawsze indywidualnie, a nigdy schematycznie traktowane, pamiętać należy o jednej zasadniczej rzeczy.

Oto wiadomem jest powszechnie jak wysoko bywają przez laików przeceniane następstwa wypadków i że następstwom takim przypisuje się niemal z reguły wyższe znaczenie, aniżeli podobnym cierpieniom nie wypadkowego pochodzenia.

Tymczasem wiemy z doświadczenia codziennego, że całe masy ludzi, i to na najbardziej eksponowanych stanowiskach z wysoką odpowiedzialnością połączonych, a więc lekarzy i sędziów (bo w ich kole orzecznictwo nasze się obraca), związanych silnie ze swą pracą lub stosunkami życiowymi do niej zmuszonych, cierpi często na liczne dolegliwości nerwowe, na bezsenność, sporadyczne, nawet silne bóle głowy — uczucie zmęczenia i wyczerpania za dnia — wreszcie trudności w skoncentrowaniu się.

Pomimo tego ludzie ci pracują w całej pełni i nieraz z znakomitą wprost wynikiem — a nawet do głowy im nie przychodzi zarzucać z powodu takich dolegliwości swej zawodowej pracy — trzyma ich wola — ta sama wola i energia, która u ludzi uległych wypadkowi słabnie — pod wpływem bardzo skomplikowanego procesu psychicznego — na dnie którego przecież spoczywa zawsze kompleks odszkodowania. Neurotycy tacy pod wpływem swego stanu przerzucają całą troskę swego bytu na barki drugih.

Nie widzę podstawy do stwarzania dla neurotyków jakiegoś specjalnie uprzywilejowanego stanowiska w społeczeństwie i z tego względu — zawsze bez nadmiernego schematyzowania — oznaczam okres zupełnej niezdolności do pracy na okres kilkunastu tygodni



do kilku miesięcy, zależnie od stwierdzonych autentycznie ilościowo i jakościowo objawów chorobowych w tym czasie.

Okres 15 tygodni przyjmowany przez *Reichardta*, jako okres przeciętny trwania objawów godnych uwagi — jest niedalekim prawdy — jednak z matematyczną ścisłością i schematycznie stosowanym być nie może.

W orzeczeniach moich zwracam zawsze uwagę sądów na konieczność możliwie rychłego powrotu do pracy i do normalnych warunków życia codziennego, jako potężnego czynnika leczniczego. W tym kierunku zapatrywania moje pokrywają się w zupełności z doświadczeniami *Bonhöffera*, *Stiera* i *Siolego*.

Dalszem pytaniem we wszystkich sądach cywilnych jest pytanie w kierunku potrzeby przeszłego, obecnego, a także czasem, i przyszłego leczenia.

I tutaj najściślejszy obiektywizm i brak uprzedzenia powinien być dokładnie przestrzegany.

Leczenie bowiem neurotyków reaktywnych nie jest sprawą tak prostą i jednolitą, jak leczenie każdej innej choroby nerwowej.

Tak samo jak w innych dziedzinach i w sprawie leczenia wydaje się, jakoby neurotycy mieli jakieś szczególne uprzywilejowane stanowisko — jakgdyby ich leczenie odbywać się miało w sposób zupełnie inny, aniżeli leczenie zwykłych, nie wypadkowych chorych nerwowych — u żadnego z chorych nie spotyka się tylu poleceń wyjazdu do najdroższych miejscowości leczniczych — tylu kosztownych zabiegów, co w leczeniu neurotyków urazowych.

Tymczasem jest rzeczą pewną, że w olbrzymiej większości przypadków leczenie neurotyków ma na celu raczej widoki procesowe, a nie terapeutyczne. Leczenie bowiem takie, przy zastosowaniu najrozmaitszych zabiegów mniej lub więcej kosztownych, a prawie z reguły bezskutecznych i w czasie trwania sprawy sądowej często powtarzanych, kończy się stale żądaniem wystawienia świadectwa w celach procesowych. Należy tedy w orzeczeniach sądowo lekarskich oceniać i bardzo krytycznie, takie leczenie — atoli zawsze pod tym zasadniczym kątem widzenia, czy takie, czy też inne leczenie było, względnie jest, czy też będzie wskazaniem, gdyby stan nerwowy osoby badanej nie był reakcją na wypadek ulegający odškodowaniu, a tylko wynikiem innej nie urazowej nerwicy.

Mając zawsze tę zasadę na oku, unikniemy takich wykwitów terapeutycznych, jnk posyłanie jakiegoś biedaka do drogich sanatorjów niemieckich, lub na Riwierę — podobnie wskazane znalaz-



łem zresztą w jednej sprawie z Berlina, jako dowód, że lekarze niemieccy idą w podobnych sprawach daleko dalej aniżeli nasi.

Ulubionem żądaniem — zwłaszcza starszej szkoły adwokackiej — jest żądanie lepszego żywienia z powodu nerwicy. Przy dokładnem badaniu w tym kierunku spotykamy się z groteskowemi nieraz pretensjami: pamiętam jednego chorego, który likwidował kilkaset koron za wypity w celach leczniczych koniak i wytrawne wina — dodaje, że pomimo tego w tym przypadku objawów alkoholizmu nie stwierdziłem. Drugi taki chory badany niedawno, policjant, stwierdził, że musiał z powodu nerwicy odżywiać się kosztowniej, gdyż musiał codziennie jadać pomarańcze — czytał on w I. K. C. o witaminach popularyzowanych przez lekarskiego sprawozdawcę tego pisma, jako składników nieodzownych do żywienia człowieka.

W podobnych przypadkach odrzucam z reguły t. z. „lepsze żywienie” chyba, że takiego wymaga ogólny stan — niedokrwistość — wycieńczenie organizmu i t. p. — inaczej nie widzę powodu dla neurotyków urazowych stwarzać jakiegoś znowu uprzywilejowanego stanowiska.

W stanach histerycznych i hypochondrycznych, gdzie rozległe skargi podmiotowe nie znajdują już w stanie przedmiotowym żadnego uzasadnienia — gdzie stan ogólny osoby badanej jest zadawalniający — gdzie tedy owe objawy nerwiczne rozgrywiają się li tylko na tle samej sprawy odszkodowawczej, dążę w orzeczeniach do definitywnego zamknięcia wszelkiego leczenia, gdyż ono w podobnych przypadkach raczej szkodzi, niż pomaga — a szkodzi ono drogą sugestji rzekomego chorego, podtrzymywanego takim leczeniem w swych urojeniach, w wierze w swój stan chorobowy — szkodzi ono także drogą podkopywania jego samopoczucia i zaufania w swe siły i zdrowie.

Jeśli tedy co, to leczenie takich chorych neurotyków winno mieć na celu raczej sugestywne działanie w kierunku zdrowia nerwowego. W tym też kierunku winno iść leczenie przez cały czas choroby od samego początku, aby nie doprowadzić do nerwicy „iatrogennej” — do takich wykwitów sugestywno-histerycznych jakie przedstawiała osławiona „la grande hysterie” Charcota — która się z nim razem skończyła, po nagminnem, nieledwie kilkunastoletniem panowaniu.

Zasadniczym postulatem szczęśliwego zakończenia przebiegu nerwic reaktywnych, jest z reguły możliwie rychle i definitywne zakończenie sprawy odszkodowawczej — czy to drogą ostatecznego



prawomocnego wyroku, czy też jeszcze szybciej, pożyteczniej i tańiej, drogą jednorazowego, umownego odszkodowania, zamykającego raz na zawsze wszelkie źródła pożałdliwości, jakie ostatecznie tkwią na dnie każdej sprawy odszkodowawczej, niekiedy nawet niezupełnie świadomie.

W tym kierunku porobiłem bardzo instruktywne doświadczenia przy katastrofach kolejowych masowych, gdzie miałem sposobność interweniowania np. przy 120 czy też 130 ugodach z tej samej katastrofy (Trzebinia 1912). Zawieranie ugód szło szybkim tempem, dzięki natychmiast wypłacanej gotówce, a wszyscy „neurotycy” — bo byli i ciężko ranni — powrócili do pracy — niektórzy nawet tym samym pociągim, co komisja odszkodowawcza delegowana przez ministerstwo kolejowe.

Niestety nie wszystkie przedsiębiorstwa i instytucje obowiązane do odszkodowań rozumieją należycie ten interes, tak swój własny, jak i interes uszkodzonych i dopuszczają do procesów sądowych idących przez wszystkie 3 instancje, a trwających latami—co zresztą dla neurotyków jest z natury rzeczy niesłuchanie szkodliwym psychicznie.

Pożytecznym jest taki „modus procedendi” dla jednej tylko strony biorącej udział w podobnych sprawach — udział nader czynny i żywy — dla zastępców prawnych, z których każdy jest w podobnej sprawie ów „tertius gaudens” — zawsze wygrywającym każdy spór. Nad tem jednak nie chcę i nie mogę się bliżej rozwozić — choć kulisy te są niesłuchanie ciekawe i wnoszą do sprawy nerwic reaktywnych, sądownie traktowanych, dużo charakterystycznego światła.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę jeszcze na fakt, że nie tylko rozmaite rasy, ale rozmaite warstwy społeczne i rozmaite odłamy ludności pracującej — są w różnym stopniu narażone na nerwice reaktywne.

Korzystając z materiału Zakładu Ubezpieczenia od wypadków, gdzie pracuję od lat 25 i gdzie badam w ostatnich latach do 1000 przypadków uszkodzeń rocznie — znajduję wręcz minimalny procent nerwic u robotników dziennych i rolnych — znacznie już więcej u robotników fabrycznych — natomiast wielką ilość przypadków u górników. Najwyższe procenta nerwic prawdziwych, czy rzekomych spotykało się u kolejarzy — u których widywałem wprost rzeczy nie do wiary i którzy swoich pretensyj odszkodowawczych dochodzili nieraz gwałtem, wśród niebezpiecznych pogróżek — pomijając już napaści w prasie specyficznej.



Działo się to za czasów austriackich, kiedy to żaden kolejarz nie przechodził na emeryturę bez wypadku, gdyż z reguły miewał jakiś wypadek w ostatnich latach swej służby.

Rzecz była w tem, że wypadek uznany pociągał za sobą doliczenia kilku lat służby do emerytury. Kolejarze tacy mieli nawet swoje stowarzyszenie celem obrony swych interesów, swoich adwokatów syndykatów i nawet uprzywilejowanych lekarzy.

Doszło w swoim czasie nawet do tego, że w sprawach sądowych takich t. zw. „Unfallistów” musieli jako lekarze orzekający funkcjonować stale lekarze obcy — jak np. w Przemyślu śp. prof. Halban ze Lwowa — prof. Erben z Wiednia i ja — tak samo orzekał w Krakowie wspólnie ze mną Prof. Erben i prof. Hövel z Wiednia — tak samo bywałem wzywany i na Śląsk — gdyż lekarze miejscowi stali wprost pod terrorem.

Stosunki te za czasów polskich zmieniły się nieco — gdyż kolejarze dekretowi są wyłącznie z ubezpieczenia społecznego i podlegają jedynie komisji rentowej przy każdej dyrekcji kolejowej urzędującej — personel niedekretowy zaś podlega Zakładowi Ubezpieczenia od wypadków.

Na jedną jeszcze okoliczność chciałbym zwrócić uwagę: oto pomiędzy samym wypadkiem, a jego następstwami reaktywnymi istnieje prawie z reguły jaskrawy niestosunek — lekkie wypadki polegające na uderzeniu się w głowę, albo na innem obrażeniu, jakimś otarciu przyskórka lub t. p. pociągają za sobą latami trwające sprawy reaktywne — natomiast prawie z reguły nie widuje się takich stanów — nawet w postaci nadbudowy urazowej, przy ciężkich uszkodzeniach, zmiążdżeniach kończyn — rozległych ranach, oparzeniach i t. p. sprawach, które same dla siebie pociągają już bardzo wysoki stopień niezdolności do pracy.

W kilkuset przypadkach amputacji kończyn badanych przeze mnie — nie stwierdziłem nigdy, ani żadnych objawów reaktywno-nerwowych, ani też żadnych skarg podmiotowych w tym kierunku.

Psychologicznie fakt ten tłumaczy się chyba w ten sposób, że pożądlivość rzeczywiście ciężko uszkodzonego jest już zaspokojoną wysokim stopniem niezdolności do pracy, rzeczywistymi bólami i t. d. tak, że do powstania psychoneurozy w drodze psychicznej wogóle nie przychodzi, jako stanu dla odszkodowania w danym przypadku zupełnie zbędnego. Nie chcę przez to twierdzić, że sprawa ta odbywa się na podstawie pełnej świadomości.



Na zakończenie tego referatu wspomnieć jeszcze muszę o trzech petitach, postawionych w czasie dyskusji nad sprawą nerwic reaktywnych przez p. dyr. dr. Łuniewskiego.

Pierwsze petitum dotyczy się nauki orzecznictwa, szwankującego mocno w naszym programie nauczania na wydziałach lekarskich.

Niewątpliwie w tym kierunku jest wszystko do zrobienia, a zając się tym powinny w pierwszym rzędzie kliniki neurologiczno psychiatryczne i to praktycznie, na swoim materiale, jakiego żadnej z klinik nie brakuje. Teoretyczne traktowanie tego przedmiotu uważam za niewystarczające.

Nieśmiałe próby w kierunku nauki orzecznictwa lekarskiego w ogóle zrobiła Szkoła Higieny w Warszawie, gdzie w roku 1932 odbył się kilkutygodniowy kurs orzecznictwa pod kierunkiem prof. dr. Grzywo-Dąbrowskiego.

Na kursie tym miałem przydzielone wykłady z zakresu orzecznictwa w ubezpieczeniu od wypadków, w których, w skróceniu naturalnie tylko, poruszyłem sprawy nerwic reaktywnych i ich traktowania przed sądami. Natomiast wykłady z zakresu orzecznictwa w chorobach nerwowych miał przydzielone dr. W. Sterling.

Drugie petitum p. dyr. Łuniewskiego odnosi się do sposobu wyznaczania lekarzy biegłych sądowych jedynie z grona neurologów rozporządzających należytych w tym kierunku doświadczeniem.

Otóż na tę sprawę my lekarze nie mamy żadnego wpływu bo — jak to już poprzednio podkreśliłem — wybór biegłych jest wyłączną prerogatywą sędziego; że przy takim wyborze nie zawsze i nie wszędzie odgrywają rolę wyłącznie naukowe kwalifikacje, powtarzać nie potrzebuje.

Trzecie petitum p. dyr. dr. Łuniewskiego odnosi się do możliwie szybkiego i definitywnego załatwiania spraw nerwowo-reaktywnych drogą ugody pozasądowej, względnie kapitalizacji pretensyj poszkodowanych.

W tym kierunku instytucje państwowe idą nieraz dość daleko, kierując się zmysłem komercyjnym, jak np. Dyrekcja Kolei Państwowych w Gdańsku obecnie w Toruniu (przy wielkiej katastrofie kolejowej pod Tczewem w r. 1932).

Natomiast strony prywatne, a jeszcze bardziej towarzystwa ubezpieczeń z reguły prowadzą spory przed sądem i to przez wszystkie 3 instancje.

W tej nieustępliwości stron odgrywają z jednej strony rolę niezbyt czasem sumienni doradcy i nadmierna pożądlivość powodów — z drugiej strony zaś fakt, że każde towarzystwo ubez-



pieczeniowe jest reasekurowane w innych, a wszystkie razem żądają jako substratu do wypłaty odszkodowania prawomocnego i ostatecznego wyroku, zamykającego definitywnie sprawę na zawsze. Wyrok taki zaś można uzyskać jedynie w drodze wyczerpania instancji sądowych.

Zakład Ubezpieczenia od wypadków odmawia z zasady kapitalizowania rent inwalidzkich drogą ugody, chociaż to jest ustawowo dopuszczalnym (art. 152. Ust. o ubezpieczeniu społecznym).

Kapitalizacja bowiem uwarunkowaną jest daleko idącymi zastrzeżeniami co do celowego użycia skapitalizowanej renty, możliwości zahipotekowania skapitalizowanej sumy, wreszcie prawem kontroli nad obrotem własności nabytej za skapitalizowaną rentę.

Te ustawowe utrudnienia są dla zakładu właściwie równoznaczne z zupełnym uniemożliwieniem kapitalizacji, zwłaszcza wobec moralnego i etycznego poziomu ubezpieczonych i pieniaczej tendencji naszej ludności.



(Z Kliniki Psychjatrycznej U. W. Dyrektor Prof. J. Mazurkiewicz).

## WAHANIA CHRONAKSJI PRZEDSIONKOWEJ MEDYKÓW PRZED I PO EGZAMINIE.

podała

DR. J. SKRZYPIŃSKA.

W odczycie, wygłoszonym w Towarzystwie Psychjatrycznem 21 marca b. r., wykazaliśmy na podstawie 1624 badań chronaksji przed-sionkowej, wykonanych u 270 osobników różnego wieku — od jednego miesiąca życia do 92 lat — konieczność odróżniania w fizjologii dwóch kategorii pobudliwości, którym w psychologii odpowiadają dwie kategorie wzruszeniowości; każda z nich ma inne źródło, inny rozwój i inny charakter.

Do pierwszej kategorii należy wzruszeniowość protopatyczna instynktowa, czyli pobudliwość podkorowa, pierwotna, która w cyklu życiowym zmniejsza się stale, od najwcześniejszego dzieciństwa do późnej starości, zachowując m. w. stały poziom, w granicach ustalonych przez *Bourguignona* tylko w wieku dojrzałości.

Do kategorii drugiej należy wzruszeniowość psychiczna, kompleksowa, czyli pobudliwość korowa, która nie istnieje u noworodka, powstaje dopiero w życiu osobniczem i wzrasta do wieku podeszłego, a w poszczególnych przypadkach, aż do 65 roku życia, poczem wykazuje wyraźną tendencję zniżkową.

Zmiany pobudliwości pierwotnej przejawiają się w badaniach chronaksyjnych w sposób niezmiernie jaskrawy, gdyż u jednomiesięcznego noworodka wartość jej wynosi 0,4 sigmy, a więc zbliża się do wartości chronaksji — konstytucyjnej nerwów ruchowych, zaś w starości zgrzybiałej dochodzi do 50 — 55 sigm. — wskazując na zmniejszoną w tym samym stopniu wzruszeniowość protopatyczną, instynktową badanych.

Zależność progu tej pobudliwości od cyklu życiowego nasuwa przypuszczenie, że pobudliwość pierwotna i sam cykl życiowy są za-



leżne od tych samych warunków, mianowicie od warunków chemiczno-hormonalnych ustroju, od stosunku procesów asymilacyjnych do dysymilacyjnych. — Brak równoległości pomiędzy rozwojem kory mózgowej i zmianami chronaksji przedsionkowej, która wzrasta zarówno w okresie rozwojowym, jak i w okresie wstecznym kory mózgowej, wyłącza wpływ ośrodków wyższych na powstawanie tych zmian chronaksji przedsionkowej pierwotnej, które wykazuje cykl życiowy. Widzimy tu zatem wielką różnicę pomiędzy chronaksją ruchową układu nerwowo-mięśniowego, również nabytą w życiu osobniczym, a chronaksją n. przedsionkowego, jedyne go przedstawiciela układu wegetatywnego, którego chronaksja daje się łatwo u człowieka zbadać.

Podczas, gdy chronaksję ruchową cechuje wielka stałość, brak różnic indywidualnych i zależność od ośrodków wyższych, wpływ których przekształca chronaksję konstytucyjną układu nerwowo-mięśniowego w jego chronaksję subordynacyjną — zawsze większą — m. w. w 16 — 18 m. ż. — chronaksja przedsionkowa nie posiada swej wartości stałej wogóle, jest indywidualnie różna, wykazuje często wielką chwiejność nawet u tego samego osobnika, zależną od szeregu czynników fizycznych (ciepła kąpiel), organicznych (głód, senność) i patologicznych (niedorozwój, ostre zaburzenie przewodu pokarmowego), zaś w cyklu życiowym stale się zwiększa, w zależności od warunków chemiczno-hormonalnych.

W sposób niemiernie jaskrawy przejawiają się w badaniach chronaksyjnych zmiany pobudliwości wtórnej, — korowej, czyli wzruszeniowości psychicznej kompleksowej. Zmiany te, powstające pod wpływem czynników psychicznych, natury wzruszeniowej — wykazują charakter całkiem przejściowy, przemijający nie tylko z dnia na dzień, lecz z godziny na godzinę.

Te wpływy bodźców psychicznych na wahania chronaksji przedsionkowej nie istniejące u noworodka, w dalszym rozwoju człowieka normalnego, jak wykazały dokonane przez nas próby wzruszeniowe, występują coraz wyraźniej. Próby wzruszeniowe polegały na oczekiwaniu przez badanych zapowiedzianych przezemnie przyjemności lub przykrości. W obu tych rodzajach prób chronaksja wykazywała gwałtowny spadek, czyli wzrost pobudliwości, bez względu na to, czy wzruszenie było przyjemne, czy przykre, w ogromnej większości przypadków; tylko u niewielkiej ilości osobników chronaksja pozostawała na tym samym poziomie, zaś w żadnym przypadku nie wzrastała.

Wielkość tych spadków wzruszeniowych, jak wykazały nasze



doświadczenia — jest niezależna od indywidualnego poziomu chronaksji przedsionkowej pierwotnej danego osobnika, czyli jest niezależna od tego, czy dany osobnik należy do kategorii pobudliwych, lub spokojnych według skali *Bourguignona*. Natomiast wykazuje wyraźną zależność od wieku, ale wręcz odwrotną, aniżeli pobudliwość przedsionkowa pierwotna (chemiczno-hormonalna i podkorowa), gdyż wielkość spadków chronaksji pod wpływem wzruszeń psychicznych, a więc czynności kory mózgowej, wzrasta do wieku podeszłego, dochodząc u niektórych starców 60 i nawet 65 letnich, aż do spadków 16,5 sigm. i dopiero w starości zgrzybiałej wykazuje wyraźną tendencję do zmniejszania się.

Otrzymane wyniki są zatem eksperymentalnem potwierdzeniem słuszności zapatrywań *Mazurkiewicza*, który podkreśla konieczność rozróżniania dwóch odrębnych kategorii wzruszeniowości, mianowicie podkorowej i korowej, — i który w ośrodkowym układzie nerwowym widzi dwa odrębne systemy energetyczne, z których jeden jest wrodzonym, ustrojowo-podkorowym, zaś drugi, którego anatomicznem podłożem są półkule mózgowe, u noworodka jest nieczynnym, a więc, jako czynnościowy system energetyczny jest w całości nabytym w życiu osobniczem. Stąd wynika, że wszystkie tak różnorodne wartości chronaksji przedsionkowej, wszystkie jej spadki i wzniesienia są wypadkową stanu dynamicznego tych dwóch systemów energetycznych, działających synergicznie, mianowicie z jednej strony układu ustrojowo-podkorowego, który u noworodka panuje w sposób wyłączny, u dziecka w sposób przeważający, zaś z drugiej strony układu korowego, którego przewaga ustala się w wieku dojrzałym.

Badania, wyniki których przedstawiam obecnie, są poniekąd uzupełnieniem badań, których wyniki przedstawiłam przed chwilą.

Korzystając z okresu egzaminacyjnego na klinice, wykonałam 214 badań chronaksji przedsionkowej u 70 medyków, składających egzamin z psychiatrii i neurologii.

Chronaksję większości studentów badałam trzykrotnie, a mianowicie: bezpośrednio przy przyjsciu studentów do kliniki, przed otrzymaniem przez nich chorego do zbadania rozpoznawczego, po wtórnie po upływie 1 do 2-ch godzin czasu, po zbadaniu przez nich chorego, a bezpośrednio przed ich przystąpieniem do egzaminu, — i ostatni raz bezpośrednio po ukończeniu egzaminu, a więc znowu po upływie 1 do 2-ch godzin. Cały okres obserwacji każdego studenta wynosił zatem od 3 — 4 godzin.



Niestety, nie miałam możliwości zbadać chronaksji badanych studentów w ich warunkach normalnych, za wyjątkiem ośmiu, których chronaksję udało mi się zbadać w okresie czasu, w którym ci medycy wogóle żadnego egzaminu nie zdawali. Ta chronaksja normalna oznaczona jest na krzywych, jako odosobniony punkt przy linii siecznej.

W dzień egzaminu wzruszenie większości medyków dawało się spostrzedz przy zwykłej obserwacji, oczywiście w różnym nasileniu.

Jak demonstruje tabela I, chronaksja 68 medyków uległa dwu lub trzykrotnym wahaniom, u większości bardzo znacznym, w stosunkowo krótkim okresie czasu 3 do 4 godzin najwyżej. Chronaksja tylko dwóch studentów (NNr. 11 i 13) pozostała bez zmiany przy jej dwukrotnem badaniu, w przypadku Nr. 11 na niskim poziomie 8 sigm, w przypadku Nr. 13 na poziomie normalnej skali (15 sigm).

Na ogólną liczbę 56 medyków badanych trzykrotnie, chronaksja u 16 medyków wykazała najmniejszą wartość przy zbadaniu jej z chwilą przyścia studentów do kliniki, 34 zaś bezpośrednio przed przystąpieniem studentów do egzaminu, natomiast po egzaminie ukończonym chronaksja 41 medyków wykazuje wzrost, u większości bardzo znaczny, chronaksja 11 medyków utrzymuje się na poziomie bądź jej wartości przedegzaminacyjnej, bądź otrzymanej natychmiast po przyśściu studentów do kliniki i chronaksja 4 medyków w trzech przypadkach NNr. 15, 56, 62 — ma tendencję zniżkową w porównaniu do jej wartości przedegzaminacyjnej i w jednym przypadku Nr. 59 — w porównaniu do jej wartości przy obu poprzednich badaniach.

Największy spadek wzruszeniowy chronaksji przedSIONKOWEJ przy tych doświadczeniach wyniósł 16,5 sigmy (NNr. 29, 64) i najmniejszy 0,5 sigmy (Nr. 23). Cyfry te, jak widzimy, zupełnie zgadzają się z cyframi spadków przy naszych próbach wzruszeniowych, o których przed chwilą mówiłam. Spadek chronaksji przedSIONKOWEJ na skutek każdego wzruszenia natury psychicznej (korowej) dodatniego lub ujemnego, zdaje się być regułą ogólną.

Chronaksja Nr. 29, której wartość po egzaminie wzrosła do 21 sigmy, przed egzaminem wynosiła zaledwie 4,5 sigmy, czyli pobudliwość studenta przed egzaminem była więcej aniżeli czterokrotnie zwiększoną w stosunku do stanu odprężenia poegzaminacyjnego. Natomiast chronaksja Nr. 23, której wartość wynosiła 9,0 — 9,5 sigmy, wykazała przy jej trzykrotnem badaniu różnicę zaledwie 0,5 sigmy; chronaksje zaś dwóch innych studentów (NNr. 11 i 13), jak zaznaczyłam — nie wykazały żadnych wahań przy jej dwukrotnem badaniu, co jest tem ciekawsze, że obydwaj egzaminu nie zdali.



Tabela I.

*Wahania indywidualne chronaksji przedsionkowej medyków przed i po egzaminie.*

Nr.	Data	Imię i wiek badanych	Cr I. bad.	Cr II. bad.	Cr III. bad.	Wart. gr. chronaksji n—gland.	Wynik egzaminu	U w a g i
1.	22.II. 34.	Władysław Cz. 28 l.		8.0	15.5		dost.	
2.	"	Kazimierz J. 25 l.		9.0	7.5		niedost.	Cr norm. — 19,0 leptoso- mik
3.	"	Sławomir Ch. 29 l.		12.5	18.5		dobry	
4.	"	Abram A. 25 l.		9.5	18,0		dost.	
5.	"	Hersz T. 29 l.		6.0	21,0		dost.	
6.	"	Moszek G. 33 l.		13,5	20,0		dost.	
7.	2.III.	Wacław M. 26 l.		12,0 (12,21)	16,0 (13,30)		dost.	
8.	"	Ludwik K. 26 l.		6,5 (12,30)	18,5 (13,35)		dobry	nostryf., skła- da powtórnie
9.	15.III.	Danuta T. 26 l.	11,0 (10,30)	15,0 (11,45)			dost.	
10.	"	Michał L. 23 l.	12,5 (10,49)	6,5 (12,15)			dost.	
11.	"	Aleksander M. 26 l.	8,0 (10,44)	8,0 (12,08)		12 — 22	niedost.	
12.	"	Wanda M. 26 l.	3,0 (10,26)	2,0 (11,50)			dobry	chora — at. żółc.
13.	20.III.	Jan Cz. Ch. 25 l.	15,0 (10,42)	15,0 (12,21)			niedost.	
14.	"	Ludomira M. 25 l.	4,0 (10,48)	5,5 (11,55)			niedost.	
15.	2.III.	Bronisław D. 23 l.	7,5 (12,15)	21,5 (13,16)	19,0 (13,45)		celuj.	
16.	"	Jerzy D. 24 l.	8,0 (12,5)	8,5 (13,43)	15,0 (14,04)		dost.	
17.	"	Lejbuś D. 30 l.	10,0 (12,0)	10,0 (12,34)	19,0 (13,50)		dost.	
18.	"	Piotr F. 24 l.	18,5 (12,08)	19,5 (13,25)	19,5 (13,55)		dobry	
19.	"	Szyja G. 25 l.	10,5 (11,50)	10,0 (12,11)	17,5 (14,15)		dobry	Cr norm. 17,5
20.	"	Aleksander M. 27 l.	10,0 (12,17)	21,0 (13,12)	20,5 (13,40)		dost.	



Nr.	Data	Imię i wiek badanych	C <sub>T</sub> I. bad.	C <sub>T</sub> II. bad.	C <sub>T</sub> III. bad.	Wart. gr. chronakcji n—gland.	Wynik egzaminu	U w a g i
21.	9.III.	Perla D. 22 l.	13,0 (10,22)	12,5 (11,35)	18,0 (12,35)	12 — 22	dost.	
22.	"	Rebeka G. 26 l.	13,0 (10,11)	9,0 (11,43)	9,0 (12,42)		dost.	
23.	"	Leon G. 24 l.	9,0 (10,07)	9,5 (11,27)	9,0 (12,08)		dost.	
24.	"	Izydor H. 26 l.	14,0 (10,0)	13,0 (11,21)	17,5 (12,15)		dost.	
25.	"	Walenty H. 23 l.	14,0 (10,27)	10,0 (11,56)	18,0 (13,35)		dost.	
26.	"	Ziemisław K. 24 l.	8,5 (10,32)	8,5 (12,0)	15,0 (13,40)		niedost.	piknik
27.	"	Benzjan L. 23 l.	10,0 (10,36)	7,5 (11,46)	20,0 (12,55)		dost.	
28.	"	Stanisław M. 22 l.	9,0 (10,41)	8,0 (11,52)	19,5 (13,26)		dobry	
29.	15.III.	Edward B. 24 l.	5,0 (10,58)	4,5 (12,0)	21,0 (14,17)		dobry	
30.	"	Wanda B. 27 l.	9,0 (10,21)	7,5 (11,26)	21,5 (13,30)		dost.	
31.	"	Józef Ch. 23 l.	8,5 (10,53)	7,0 (11,54)	10,0 (14,22)		dobry	
32.	"	Jadwiga Cz. 25 l.	15,0 (10,40)	12,5 (11,40)	15,0 (13,38)		niedost.	
33.	"	Hanna K. 23 l.	5,0 (10,35)	10,0 (11,34)	10,0 (14,45)		dobry	
34.	"	Eugenjusz K. 25 l.	10,0 (10,45)	9,0 (12,06)	20,0 (14,07)		dost.	
35.	"	Zdzisław Ł. 24 l.	9,0 (10,56)	10,0 (11,59)	16,5 (14,0)		dobry	
36.	20.III.	Jan B. 27 l.	10,0 (10,37)	8,0 (11,37)	11,5 (13,42)		dost.	
37.	"	Ela D. 32 l.	10,0 (10,27)	8,0 (11,15)	10,0 (13,30)		niedost.	
38.	"	Abram E. 24 l.	12,5 (10,08)	6,5 (11,24)	17,5 (12,46)		dost.	
39.	"	Józef T. 30 l.	3,0 (10,05)	6,0 (11,27)	18,5 (12,53)		dobry	
40.	"	Szymon G. 29 l.	15,0 (10,0)	7,0 (11,10)	20,0 (11,55)		niedost.	C <sub>T</sub> norm 20,0 mieszana
41.	"	Henryk I. 32 l.	10,5 (10,24)	10,0 (12,0)	11,5 (13,35)		dost.	C <sub>T</sub> norm. 11,5
42.	"	Henryk J. 25 l.	11,5 (10,32)	5,0 (11,32)	20,0 (13,32)		dost.	



Nr.	Data	Imię i wiek badanych	C <sub>T</sub> I. bad.	C <sub>T</sub> II. bad.	C <sub>T</sub> III. bad.	Wart. gr. chronaksji n—gland.	Wynik egzaminu	U w a g i
43.	20.III.	Marjan K. 25 l.	10,0 (9,50)	9,0 (11,20)	10,0 (12,41)	12 — 22	dost.	zdaje poraz 3-ci
44.	"	Stanisław K. 24 l.	14,0 (10,47)	10,0 (11,35)	18,0 (12,15)		dobry	
45.	"	Symcha L. 24 l.	5,0 (10,16)	7,5 (11,45)	21,0 (13,35)		dost.	
46.	22.III.	Jasza B. 23 l.	9,0 (10,05)	5,0 (11,17)	20,0 (13,35)		dost.	C <sub>T</sub> norm. 15,5
47.	"	Emeryk B. 25 l.	11,0 (10,40)	8,0 (11,35)	15,0 (13,20)		dobry	
48.	"	Władysława Z. 24 l.	7,5 (10,17)	6,0 (11,35)	15,0 (12,30)		dost.	
49.	"	Dawid B. 25 l.	9,0 (10,43)	6,5 (11,05)	15,0 (13,40)		dobry	C <sub>T</sub> norm. 16,5
50.	"	Estella E. 23 l.	9,0 (10,0)	9,0 (12,07)	10,5 (12,45)		dobry	
51.	"	Władysław G. 25 l.	12,0 (10,13)	6,0 (11,42)	17,0 (13,35)		dobry	
52.	"	Józef J. 24 l.	6,5 (10,31)	9,5 (11,45)	10,0 (13,45)		dobry	C <sub>T</sub> norm. 19,0
53.	"	Zygmunt K. 23 l.	10,0 (10,20)	9,0 (11,50)	12,5 (14,0)		dobry	
54.	"	Izabella Cz. 24 l.	7,5 (10,26)	5,0 (11,40)	18,0 (13,25)		dost.	
55.	"	Aleksander L. 25 l.	6,5 (10,23)	5,0 (12,15)	20,0 (12,52)		dobry	tremor
56.	"	Gołda L. 27 l.	2,0 (10,15)	5,0 (11,27)	2,5 (13,16)		niedost.	leptosomik
57.	"	Naftal L. 25 l.	11,5 (10,35)	3,0 (11,23)	19,5 (13,38)		dost.	składa poraż II.
58.	12 IV.	Kazimierz J. 25 l.	5,0 (10,14)	6,0 (11,50)	6,0 (13,13)		dost.	
59.	"	Zofja C. 30 l.	6,5 (9,55)	6,5 (12,0)	5,0 (13,05)		dost.	
60.	19.IV.	Bogdan M. 29 l.	10,5 (9,28)	10,5 (11,0)	19,5 (13,34)		dost.	składa poraż II.
61.	"	Jadwiga Cz. 25 l.	6,0 (9,32)	6,0 (11,06)	9,0 (13,25)		dost.	
62.	"	Jakób G. 26 l.	10,0 (9,37)	8,0 (11,43)	8,5 (13,30)		niedost.	
63.	"	Kazimierz K. 24 l.	11,0 (9,41)	10,5 (12,7)	15,0 (13,40)		dost.	k. mieszana
64.	"	Józef F. 23 l.	6,5 (9,47)	9,5 (12,0)	22,0 (13,50)		niedost.	piknik



Nr.	Data	Imię i wiek badanych	C <sub>T</sub> I. bad.	C <sub>T</sub> II. bad.	C <sub>T</sub> III. bad.	Wart. gr. chronakcji n—gland.	Wynik egzaminu	U w a g i
65.	19.IV.	Abram H. 24 l.	5,5 (9,51)	5,0 (12,05)	10,0 (13,45)	12 — 22	dost.	składa po- raz II. silny ból głowy
66.	"	Zygmunt K. 26 l.	10,5 (9,55)	10,5 (11,45)	13,0 (13,58)		dost.	
67.	"	Ziemisław K. 24 l.	6,5 (10,01)	8,0 (11,22)	20,0 (14,40)		dost.	
68.	"	Stanisław K. 26 l.	5,0 (10,06)	7,0 (11,26)	7,5 (14,15)		dost.	
69.	26.IV.	Edward M. 27 l.	6,5 (9,55)	7,0 (12,9)	6,5 (13,05)		dost.	
70.	"	Mieczysław F. 29 l.	12,5 (10,05)	9,0 (11,55)	17,5 (12,58)		dobry	C <sub>T</sub> norm. — 19,5

- 1) C<sub>T</sub> — w sigmach.
- 2) I. badanie wykonano przed przystąpieniem studenta do badania chorego.
- 3) II. " " bezpośrednio przed przystąpieniem do egzaminu.
- 4) III. " " " " po złożeniu egzaminu.
- 5) liczby w nawiasie — wskazują godziny badań.

Wpływ wyniku egzaminu na chronaksję przedsionkową również wykazuje wielką rozmaitość. Podczas, gdy chronaksja niektórych studentów przy wyniku egzaminu niedostatecznym, po egzaminie się zmniejszyła wyraźnie (NNr. 2, 56), chronaksja innych wzrosła do granic skali normalnej (NNr. 26, 32, 40, 64), lub też pozostała na poziomie chronaksji z okresu przed egzaminacyjnego (Nr. 37, 62) niższym od normy.

Naogół studenci, których wartość chronaksji zmniejszyła się po egzaminie przy jego wyniku niedostatecznym, somatycznie należeli do typów leptosomicznych, zaś studenci typu piknicznego wykazywali wzrost chronaksji po egzaminie, bez względu na jego wynik.

Chronaksja studentki Nr. 12 ciekawie się przedstawia z tego względu, że studentka, której pobudliwość przy jej dwukrotnem badaniu wynosiła zaledwie 3 i 2 sigmy, czyli była zwiększoną w sposób wręcz patologiczny, skarżyła mi się na zupełne wyczerpanie z powodu silnych ataków kamicy żółciowej, którym często w ostatnim czasie podlegała.



Przeciętna z otrzymanych wartości chronaksyjnych wszystkich studentów, badanych natychmiast po przyjeździe ich do kliniki wynosi 9,2 sigmy, studentów badanych powtórnie — przed egzaminem — 8,7 sigmy, i badanych po egzaminie ukończonym 15,3  $\sigma$ .

W porównaniu więc do skali *Bourguignona* dla typów wrażliwych i spokojnych, wartość tylko trzeciej przeciętnej, czyli poegzaminacyjnej — odpowiada górnej wartości chronaksji dla typów wrażliwych (12  $\sigma$ . — 16  $\sigma$ .), przeciętna zaś z chronaksji dwóch innych grup studentów spadają poniżej progu pobudliwości osobników najbardziej wrażliwych z podziału *Bourguignona*.

Chronaksję normalną badanych studentów miałam możność, jak zaznaczyłam, zbadać tylko u ośmiu z nich, krzywe których dołączam. Z tych ośmiu medyków w trzech przypadkach (NNr. 19, 40, 41) chronaksja poegzaminacyjna wróciła do swej wartości normalnej, w trzech innych wzrosła po egzaminie, nie osiągając jednak swej normy (NNr. 50, 53, 70); w jednym przypadku wzrosła po egzaminie nawet ponad swą normalną wartość (Nr. 51) i tylko u Nr. 2 wykazała dalszą tendencję zniżkową (wynik niedostateczny).

I w tych doświadczeniach należy podkreślić niezależność wielkości spadków wzruszeniowych od poziomu chronaksji pierwotnej studentów.

Największy spadek wzruszeniowy 16,5 sigm wykazują studenci o chronaksji podstawowej właśnie najwyższej, bo wynoszącej 21 i 22 sigmy (NNr. 29, 64), czyli o pobudliwości pierwotnej najmniejszej, podczas gdy najmniejszy spadek wzruszeniowy 1,5 sigmy wykazuje student o chronaksji normalnej najmniejszej 11,5 sigm, czyli o pobudliwości neuro-glandularnej właśnie największej, jeżeli w chwili tego badania nie działał na niego jakiś nieznamy nam czynnik, zwiększający pobudliwość (Nr. 41).

Różnorodność wahań pobudliwości, zarówno u tego samego studenta — przy trzykrotnem jego badaniu, jak i pomiędzy poszczególnymi studentami — wskazuje przy naszych doświadczeniach wzruszeniowych, egzaminacyjnych — na naturę kompleksową tych wahań, na indywidualny charakter tych reakcji.

Podczas, gdy pobudliwość niektórych studentów wzrastała parokrotnie bezpośrednio przed egzaminem (NNr. 38, 40, 42, 46, 51, 57), pobudliwość innych bardzo wzmożona z chwilą przyjeździe do kliniki, zmniejszała się po zbadaniu chorego, prawdopodobnie na skutek pewnego uspokojenia co do należytej djaгноzy badanego chorego (NNr. 9, 15, 16, 18, 20, 33).



Wzrost chronaksji lub jej zmniejszenie się po egzaminie ukończonym pokrywał się częściowo z subiektywnym wrażeniem studentów, z których jedni wyraźnie stwierdzali u siebie po egzaminie pewnego rodzaju odprężenie nerwowe, inni odwrotnie przyznawali się, że jeszcze są „podminowani” egzaminem. Ale już tych 214 badań nad chronaksją u medyków, przystępujących do egzaminu, wystarcza do stwierdzenia, że wypowiedzana przez nich samoocena własnego stanu wzruszeniowego, ma w niektórych przypadkach bardzo małą wartość, ponieważ niektórzy studenci niechętnie się przyznawali nawet do pewnej tremy, a medyk, którego stan wzruszeniowy i wybitny tremor rąk — były całkiem widoczne, nie stwierdzał u siebie żadnego zdenerwowania.

Oczywiście, ustosunkowanie się studentów do składanego egzaminu z natury rzeczy jest różnorodne i dla każdego swoiste, np. student, którego chronaksja, przy wyniku egzaminu niedostatecznym, pozostała bez zmiany — wyraźnie się przyznał jednemu z kolegów do poniekąd wrogiego ustosunkowania się do psychiatrii i do swej obojętności co do wyniku egzaminu z tego przedmiotu, którego poprostu nie lubił.

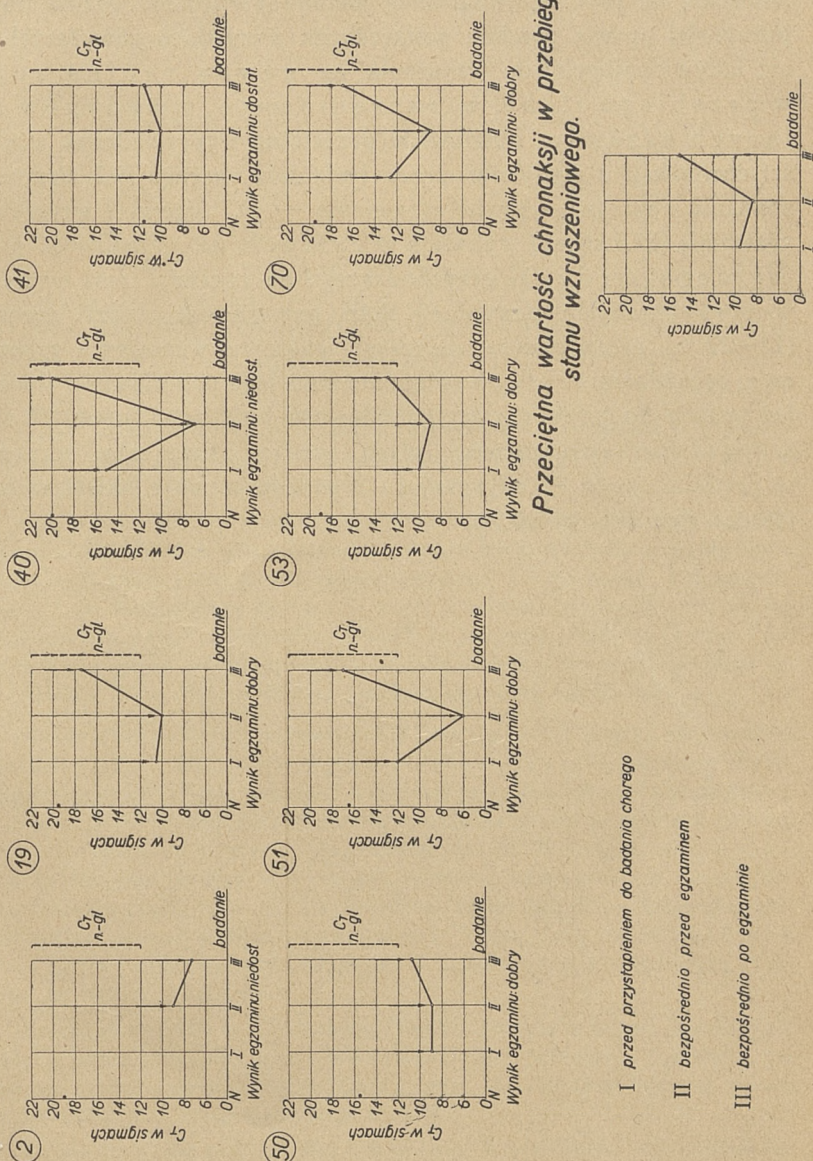
Nie znając dokładnie wszystkich momentów psychologicznych, wpływających na powstawanie takiego, a nie innego stanu wzruszeniowego badanych studentów, jak również ich stanu somatycznego (chronaksja studentki chorej na kamicę żółciową) nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć powstawania wszystkich wahań chronaksji przed-sionkowej u wszystkich studentów, nawet w tym krótkim trzygodzinnym okresie obserwacyjnym. Nie chcemy jeszcze narazie uogólniać naszego spostrzeżenia, co do wpływu konstytucji somatyczno-psychicznej (w znaczeniu Kretschmerowskim) na chronaksję przed-sionkową, który zdaje się istnieć, ponieważ u leptosomików w naszym materiale, daje się stwierdzić spadek wzruszeniowy po egzaminie nieudanym, zaś u pikników — jej wzrost.

Musimy pozostawić narazie bez wyjaśnienia zjawisko lepkości wzruszeniowej, występujące u 7 studentów, których chronaksja wyraźnie zmniejszona w 6 przypadkach (NNr. 11, 23, 37, 43, 58, 59) nie wykazywała żadnych, lub prawie żadnych zmian przy jej trzykrotnem badaniu w przeciwieństwie do większości studentów, których chronaksja, jak widzieliśmy, przy każdym badaniu była inna, z wyjątkiem medyka Nr. 41, który wykazywał również wyjątkową stałość swojej pobudliwości, ale na poziomie prawdopodobnie swojej zwykłej normy.



TABELA II

Wahania chronaksji przedsionkowej studentów przed i po egzaminie.



Lecz pomimo wszelkich różnic indywidualnych, które się ujawniły w tych moich badaniach chronaksji przedsionkowej u medyków i które były zresztą zgóry do przewidzenia i pomimo tego, że dzisiaj z natury rzeczy wielu poszczególnych wartości chronaksyjnych nie jesteśmy jeszcze w stanie wytłumaczyć, mamy prawo tę metodę badania wzruszeniowości uznać za bezporównania pewniejszą i sub-



telniejszą od psychogalwanicznej metody *Veragutha*. Mamy bowiem już dzisiaj prawo, pomimo podkreślania wszystkich powyższych różnic indywidualnych, do wskazania na pewną ogólną regułę w przebiegu stanu wzruszeniowego u medyków zdających egzamin. Mianowicie przeciętne wyprowadzone z wartości chronaksji u medyków przed badaniem chorego (9,2 sigmy), po zbadaniu chorego — przed egzaminem — (8,7 sigmy) i wreszcie po egzaminie (15,3 sigmy) wykazują w cyfrach, że pobudliwość przeciętnego medyka przychodzącego na egzamin, jest wzmożona w porównaniu do normalnej skali pobudliwości ludzi dorosłych (12—22 σ.), ulega jeszcze dalszemu lekkiemu wzmożeniu przed samym egzaminem, — i że po egzaminie stan jego pobudliwości dochodzi już prawie do górnej granicy pobudliwości ludzi wrażliwych (16 sigm), a więc stan wzruszeniowy ulega bardzo znacznemu odprężeniu w krótkim czasie — najwyżej 1—2 godzin, a może nawet w czasie jeszcze znacznie szybszym.



# SPRAWOZDANIE

## Z XIV-GO ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH W KRAKOWIE

19 — 21. V. 1934 R.

XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich poświęcony zaburzeniom psychicznym i nerwowym otwarł Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Prof. Dr. Stefan Kazimierz Pieńkowski następującym przemówieniem:

Jako przewodniczący krakowskiego Komitetu Organizacyjnego XIV-tego Zjazdu Psychjatrów Polskich witam serdecznie wszystkich przybyłych, w szczególności przedstawicieli władz państwowych, administracyjnych i wojskowych, sądowych m. Krakowa, Jego Magnificencję Rektora U. J. i przedstawicieli nauki, oraz wszystkich uczestników, którzy tak licznie napłynęli do Krakowa. Miło mi powitać Pana Delegata Towarzystwa Psychjatrycznego narodu pobratymczego Jugosławji Pana Docenta Lopasica, który reprezentuje na tym Zjeździe naukę jugosłowiańską.

Klinika Neurologiczno - psychjatryczna gości w swych murach po raz trzeci uczestników Zjazdu Psychjatrów Polskich. Tematem głównym obecnego Zjazdu jest zagadnienie niezwykle ciekawe i ważne nie tylko dla kół ściśle psychjatrycznych, a mianowicie sprawa reakcyj patologicznych człowieka na zjawiska życiowe, z którymi każdy ma do czynienia. Zagadnienie to stoi w ścisłym związku z warunkami społecznymi panującymi w naszych czasach i zahacza stale o sprawy interesujące nie tylko psychjatrów, ale i sędziów, społeczników, przedstawicieli kleru, pedagogów, jednym słowem wszystkich tych, którzy biorą czynny udział w organizowaniu społeczeństwa, wychowaniu go i szukaniu dróg prowadzących społeczeństwo ku lepszej przyszłości.

Dotychczasowe Zjazdy Psychjatrów Polskich mają za sobą swą własną piękną tradycję, istotą której jest bogaty dorobek naukowy i społeczny. Spełniając dzisiaj ten zaszczyt otwarcia XIV-tego Zjazdu życzę mu nie mniej bogatych plonów jak za lat ubiegłych i Zjazd uważam za otwarty.

W imieniu Władz powitali Zjazd: w imieniu Województwa — Naczelnik Dr. Salak, w imieniu D. O. K. Pułk. Błażejewski, w imieniu Departamentu Służby Zdrowia Doc. Łuniewski, w imieniu władz sądowych Wiceprezes Dr. Jendl.

Przewodniczącym Zjazdu został wybrany przez aklamację Prezes Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego Prof. Dr. Mazurkiewicz. Do Prezydum wybrano Profesora Borowieckiego, Dyr. Bielawskiego, Dra Drożdża, Dyr. Fuhrmana, Doc. Lopasica, Doc. Łuniewskiego, Dra Nelkena, Prof. Rothfelda.

Do Sekretariatu weszli: Dr. Dreszer, Dr. Gallus, Dr. Jankowska, Dr. Terajewicz.



Po oficjalnem otwarciu Zjazdu nastąpiło odsłonięcie tablicy pamiątkowej w hallu Kliniki Neurologicznej ś. p. Profesora Dra Jana Piltza, Dyrektora i twórcy tejże Kliniki, współzałożyciela i członka długoletniego Polskiego Towarzystwa Psychjacyjnego. Imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego przemawiał i odsłonięcia dokonał Prof. Dr. K. Majewski. W imieniu Polskiego Towarzystwa Psychjacyjnego zabrał głos Prof. Dr. Mazurkiewicz. Zjazd obecnością swoją zaszczylicili: Pan Wojewoda Kwaśniewski, P. Rektor Maziarski, P. Prezydent Miasta Kaplicki, oraz rodzina ś. p. Prof. Dra Piltza i wiele osobistości świata naukowego Krakowa. Jako delegat Towarzystwa Psychjacyjnego Jugosłowiańskiego wziął udział w Zjeździe P. Doc. Lopasic.

### *Część naukowa.*

Omówienie tego szerokiego i o głębokiem znaczeniu teoretycznym i społecznym zagadnieniu, jakim są zaburzenia reaktywne psychiczne i nerwowe podzielono pomiędzy trzy dni Zjazdu, poświęcając dzień pierwszy Klinice i Etjologii. Rolę konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych omówił Doc. Dr. Zieliński (Kraków), udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach Doc. Dr. E. Artwiński (Kraków); Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach Doc. Dr. Łuniewski (Tworaki) oraz Pułk. Dr. Nelken (Warszawa); Klasyfikację spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego Prof. Dr. Borowiecki (Poznań); Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych Dr. Bornsztajn (Warszawa), Dr. Chłópicki (Kraków) wygłosił korreferat do referatu Dra Bornsztajna.

Odczyty luźne do tematu głównego pierwszego dnia Zjazdu wygłosili: Dr. Drohocki (Kraków) — Podstawy psychologiczne reakcyj psychotycznych. Dr. Wize (Dziekanka) — Etjologia zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbiozy psychopchoidalnej. Dr. Kirschner (Kraków) — Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach. Dr. Oberc (Kościan) — O reakcyjach psychotycznych spowodowanych szpitalną detencją. Dr. Sikorska (Kraków) — Z symptomatologii i leczenia nerwic. Dr. Bornstein (Kraków) — O patologicznych reakcyjach wzruszeniowych.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Mazurkiewicz do odczytu Doc. Artwińskiego i Dra Bornsztajna, Dr. Miller do odczytu Doc. Artwińskiego, Prof. Borowiecki do odczytu Dra Bornsztajna, Dyr. Bielański do odczytu Dra Oberca, Dr. Łaguna do odczytu Doc. Łuniewskiego: — „Doc. Dr. Łuniewski w wykładzie swoim pod tytułem „Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach” poruszył między innemi ewentualną odpowiedzialność sędziego w związku z brzmieniem artykułu 235 § 1b k. k. w przypadku wystąpienia u uwięzionego stanu reaktywnego. W odpowiedzi zaznaczam, że dokładne brzmienie artykułu 235 § 1b jest następujący: — Kto powoduje inne trwałe kalectwo, ciężką chorobę nieuleczalną, chorobę zagrażającą życiu, albo trwałą chorobę psychiczną lub trwałą niezdolność do pracy zawodowej podlega karze więzienia do lat 10. — Jak wynika więc z brzmienia powyższego artykułu najistotniejszą jego cechą jest trwałość upośledzenia jak trwałe kalectwo, trwałe rozstrój umysłowy, trwałą niezdolność do pracy umysłowej i t. p. Skoro więc w artykule tym jest mowa o trwałości upośledzenia, a więc o wystąpieniu trwałego rozstroju umysłowego względnie choroby umysłowej, przeto wystąpienie u uwięzionych stanów reaktywnych nie może podpadać pod to pojęcie artykułu 235 § 1b, gdyż, jak to poucza doświadczenie oraz przemówienia wszystkich prelegentów, są one zaburzeniem przemijającym. Zdaniem mojem nie może być sędzia pociągnięty do odpowiedzialności karnej, raz z uwagi na powyżej powiedziane, powtórę i dlatego ponieważ zarządzając zamknięcie przestępców w więzieniu opiera się na ścisłych, pra-



wem przepisanych, podstawach, czego nie można uważać za znamiona czynu przestępczego. Stanowisko takie i z tego względu jest niesłuszne, skoro artykuł ten w zwrocie „kto powoduje” rozumie, że działanie takie musi być umyślne w formie zamiaru bezpośredniego lub ewentualnego”.

Dr. Glasner i Dr. Miodoński do referatu w dniu tym wygłoszonym: Dr. Miodoński—„Nie umiem zdobyć się na dualistyczne stanowisko w myśleniu naukowem. Mam wtedy uczucie człowieka, któremu kazano na wstępie jeszcze przed rozpoczęciem właściwej pracy rozgraniczyć ściśle zakresy dwu rzeczy nieznanych. Już to uczucie nierozwiązania zaraz na wstępie rzeczy ważnej, psuje mi możność rozumienia dalszych wywodów. Stanowisko monistyczne w psychologii i psychiatrii może mieścić w sobie wiele wygód i zapewnić znacznie ściślejszy sposób porozumiewania się. Zwłaszcza monizm, w którym odnosimy się do świata materji jako do jednej z dziedzin naszego poznania, zapewnić może poważne korzyści. Zblednie nam wtedy świat materializmu naiwnego, ale równocześnie będziemy w stanie świat ten rozszerzyć; do określenia procesów psychicznych będzie można używać również (przynajmniej w nawiasie) i bardziej ilościowych określeń zaczerpniętych z tego świata. Łatwiej jest wtedy lekarzowi korzystać ze zdobyczy jakie płyną z ewolucji materji, którą nam przedstawia nowoczesna fizyka. Dostrzeganie nieścisłości oraz tautologii w naszym myśleniu udaje się łatwiej, gdy zdołamy zdobyć się i na taki punkt widzenia, którego także i ilościowa ocena zaczyna stawać się możliwą”.

Odpowiadali Doc. Artwiński, oraz Dr. Bornsztajn w odpowiedzi Prof. Mazurkiewiczowi zaznaczając, że stanowisko dualistyczne, jakie zajął w swym referacie da się uzasadnić ze stanowiska biologicznego i psychologicznego. Prof. Borowieckiemu w sprawie reakcji psychopatycznej u anankastów odpowiada, że natręctwa mogą, ale nie muszą być reaktywnymi.

II-gi dzień Zjazdu — 20. V. poświęcono zaburzeniom psychicznym reaktywnym u dzieci. Zawiódł w nim pokładane nadzieje z powodu niedopisania referatów głównych, odpadły bowiem z przyczyn od Komitetu Organizacyjnego niezależnych referat Prof. Szumana (Kraków): Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości oraz referat Dra Mikulskiego (Warszawa): Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci. Odczyty do tematu głównego wygłosili: Dr. Spektorowa (Łódź): Znaczenie pedagogiki leczniczej przy zaburzeniach reaktywnych u dzieci; Dr. Wander: Symulacja u dzieci. Dyr. Dr. Biegeleisen (Kraków): Badania psychotechniczne nad uzdolnieniami zawodowemi dzieci niedorozwiniętych). Dr. Jankowska (Wilno): Wzajemne ustosunkowanie się i wpływ dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej nad psychicznie chorymi.

W dyskusji zabierali głos Dr. Thur (Kraków). Odnosnie do referatu Dr. Spektorowej zaznacza, że niema podstaw do bezwzględnego odrzucenia hypnozy jako środka leczniczego. Podstawą powodzenia wszelkiej psychoterapii jest, obok innych koniecznych uzdolnień, swoboda indywidualizowania, czemu sprzeciwia się odrzucenie z góry pewnych metod. Hypnoza zdążająca systematycznie ku wzmoczeniu samopoczucia i wyzwoleniu w dalszym ciągu elementu woli pacjenta, stosowana w ciągu możliwie krótkiego czasu, nie przedstawia niebezpieczeństwa osłabienia woli i charakteru, zwłaszcza jeśli potem uzupełniana jest leczeniem sugestywnem uświadamiającym.

W odpowiednio i ostrożnie wybranych przypadkach, w których wszelkie podejście do psychiki dziecka jest utrudnione, a zwłaszcza tam, gdzie czas leczenia



jest ograniczony, przejściowe stosowanie hipnozy może okazać się korzystną metodą, torującą drogę dalszemu leczeniu. Dr. Spektorowa w odpowiedzi Drowi Thurowi, odpowiada, że wobec tego, że nie jest pewnem czy seans hypnotyczny przerwie ciężkie zaburzenia reaktywne pewnem jednak jest, że uzależni go od osoby lekarza, utrzyma go w stanie biernym, a stosowana *à la longue* zaniedba kształcenie charakteru u dziecka.

Zabierając głos w dyskusji nad odczytem Dr. Jankowskiej, Dr. Spektorowa ostrzega przed stosowaniem dalszych eksperymentów w dziedzinie badania stosunku dzieci do psychicznie chorych i odwrotnie, gdyż z powodu specjalnej wrażliwości psychiki dziecięcej ciągłe obcowanie ich z choremi, szczególnie jeżeli ten chory lubi przebywać z dziećmi, jest dla psychiki tychże niebezpiecznem.

Korzystając z wolnego czasu przez odpadnięcie referatów głównych z uwagi na ogromne znaczenie sprawy uproszono P. Doc. Łuniewskiego o zreferowanie projektu nowej ustawy o opiece nad psychicznie chorymi.

W ożywionej dyskusji nad projektem brali udział Dyr. Fuhrman (Chełm Lubelski). Doświadczenie ostatnich miesięcy wykazuje, iż problem leczenia psychicznie chorych traktowany jest przez samorządy z krzywdą dla tychże chorych tylko z punktu widzenia utrzymania równowagi budżetowej. Budżet gminy, która ma np. dwóch chorych w szpitalu psychiatrycznym, nie wytrzymuje tego wydatku. Ponieważ choroba psychiczna nie jest tylko sprawą osobnika chorego i jego najbliższej rodziny, lecz sprawą zagrażającą gminie, powiatowi, społeczeństwu, winien w ustawie o opiece nad psychicznie chorem być wskazany fundusz centralny (ogólnopanstwowy lub wojewódzki), z któregoby kosztą leczenia psychicznie chorych były w całości lub częściowo pokrywane. To zapobiegnie przerywaniu leczeniu szpitalnemu przed jego ukończeniem z przyczyn finansowych, oraz niewłaściwie stosowanej opiece pozazakładowej.

Doc. Artwiński. Projekt nowej ustawy nie jest dostatecznie wszystkim znany z powodu pewnych przesunięć programu niezależnych od Komitetu Zjazdu, które uniemożliwiły dostarczenie wszystkim członkom odpisu projektu. Odnosnie do nowej ustawy artykuł 41 oddaje kwestję rozstrzygnięcia diagnozy, często niepewnej nawet dla biegłego psychiatry, w ręce laików. Dalszą konsekwencją takiego postawienia sprawy jest umieszczenie podejrzanego bez podstaw lekarskich osobnika na obserwacji na oddziale psychiatrycznym, co w wielu wypadkach jest ze społecznego stanowiska krzywdzące, piętnujące, często łamiące zawodową przyszłość danego osobnika tak, że rodziny chotych proszą o umieszczanie ich na obserwacji na oddziale neurologicznym a nie psychiatrycznym. Proponuję poprawki, aby umieszczanie przez czynniki administracyjne czy przełożone, następowało jedynie na podstawie lekarza urzędowego.

Dr. Błoński w dyskusji nad projektem ustawy zaznacza, że każdy obecnie opracowany projekt będzie częściowo i w bardzo drobnej części realnym. Projekt, jeżeli ma być realnym, musi być oparty na pewnych podstawach, które określi przyszła duża czy mała ustawa o samorządach. Opieka nad psychicznie chorymi w Państwie jest częścią innych zagadnień organizacji służby zdrowia w Samorządach. Dotychczas nie wiemy, jak ta ustawa będzie wyglądała w praktyce. W międzyczasie wiedząc może w ogólnych zorysach jak ta ustawa rozwiąże podstawy materialne gmin Komisje, wspomniane przez P. Doc. Łuniewskiego, powinny zająć się przygotowaniem personelu lekarskiego, który miałby pracować w ramach możliwości przez tę ustawę przewidzianych. Prace nad doksztalceniem tych lekarzy



włączyłbym w ramy Państw. Szkoły Higieny, lub proponowałbym jedną z Klinik psychiatrycznych nastawić na ten kierunek pracy.

Dr. Weiss podnosi sprawę przynależności chorych do różnych województw, co utrudnia leczenie zakładowe u chorych mieszkających w innych od miejsca przynależności województwach. Należałoby tę sprawę zunifikować i uniezależnić od przynależności danego chorego do województwa.

Prof. Pieńkowski — zaznacza, że 1) w artykule 41 ustawy należy wprowadzić zmiany, dotyczące obrony indywidualnej tych, którzy w drodze administracyjnej mogą być umieszczeni w Zakładach Psychiatrycznych na podstawie świadectw tylko jednego lekarza i to nie psychiatry. Takie stawianie sprawy może narazić na zamknięcie w Zakładzie Psychiatrycznym niesłuszne zależnie od omyłki w rozpoznaniu tak częstej w psychiatrycznych przypadkach, albo niewłaściwego ujmowania stanu badanego. Zaradzić temu brakowi Ustawy możnaby, wprowadzając konieczność badania wstępnego nie przez jednego lekarza, a przez 2 lub 3 lekarzy i to psychiatrów.

2) Niewiadomo w jaki sposób ma się odbywać przyjmowanie takich badanych do Zakładu, gdyż kierownik Zakładu ma zasadniczo prawo odmówienia przyjęcia (wymienione w Art. 15), z drugiej strony sposób umieszczania chorych w Zakładach psychiatrycznych nie jest podany w Ustawie, a będzie uregulowany osobnem zarządzeniem (Art. 15).

Pozatem mówca zgadza się w pozostałych wywodach, co do Art. 41 z Doc. Artwińskim.

Doc. Łuniewski odpowiada: 1) Doc. Artwińskiemu, że ustawa zawiera odpowiednią klauzulę stwierdzającą konieczność badania lekarskiego. 2) Prof. Pieńkowskiemu, że consilium lekarskie byłoby słuszne, jest jednak nierealne, często trudno jest o badanie przez jednego lekarza. Wszystko właściwie zależy od Dyrektora Zakładu, który niezależnie od władz skierujących chorego, może go przyjąć lub nieprzyjąć. Co do artykułu 14 ma on tylko formalizować sprawę, gdyż ustawa jest ramową. Jeśli nawet obserwacja na oddziale psychiatrycznym byłaby z krzywdą dla chorego, musimy tu wybrać pomiędzy ewentualną krzywdą jednostki a krzywdą społeczeństwa. 3) Drowi Błońskiemu, że uwagi są słuszne, zrealizowanie ustawy o samorządach napotyka jednak na ogromne trudności, niezależnie od tego należy kształcić lekarzy psychiatrów. 4) Drowi Weissowi, że województwa mają obowiązek zajęcia się swymi mieszkańcami.

Dyr. Bednarz stawia wniosek formalny, żeby wobec zdekompletowania Rady Psychiatrycznej skompletować ją i poruczyć jej załatwienie tej całej sprawy.

III-ci Dzień Zjazdu poświęcony zaburzeniom reaktywnym psychicznym i nerwowym w świetle orzecznictwa sądowo-lekarskiego i ubezpieczeń społecznych zgromadził uczestników Zjazdu w Zakładzie dla Umysłowo Chorych w Kobierzynie, gdzie odbyły się obrady. Referaty główne wygłosili: Dr. Medyński (Kraków) — Nerwica reaktywna z zdolność do pracy i Dr. Jankowski (Kraków) Orzecznictwo sądowo-lekarskie w sprawach urazowych reaktywnych. Referaty te spotkały się z gromkimi oklaskami i wywołały b. ożywioną dyskusję, skracaną ze względu na brak czasu, W dyskusji zabierali głos: Dr. Glasner (Kraków) — podnosi niedawny czas orzecznictwa ubezpieczeniowego, ważność tego zagadnienia i życzenie, by przyszły Zjazd tą sprawą się zajął. Dr. Słaczka (Kraków) — na podstawie swoich 170 przypadków podaje pewną próbę klasyfikacji (z przestrachu, histeryczne i rentowe), oraz spostrzeżenia że większość (nerwic urazowych) stanowią t. zw. nerwice rentowe. Podaje przypadki wyleczenia histerycznych objawów nerwicowych po za-



warcu ugody, lub po otrzymaniu odszkodowania. Dr. Kirschner (Kraków) jest zdania, że świadectwa lekarskie przeznaczone dla sądu nie mogą liczyć się jedynie z możliwością ich zrozumienia, jak tego żąda Dr. Jankowski przez sędziego, który jest laikiem, lecz są również przeznaczone dla później jeszcze ewentualnie orzekających lekarzy, dlatego powinny zawierać nie tylko ogólny sąd o badaniu, lecz też i dokładny opis wyniku badania w terminologii medycznej. Poza tem przykłady przytoczone przez Dra Jankowskiego, dotyczą jedynie tych niewątpliwie najczęstszych przypadków nerwicy urazowej, których pożądanie renty lub odszkodowania jest głównym czynnikiem podtrzymującym i ewentualnie wywołującym objawy nerwicowe, lecz Dr. Jankowski nie uwzględnia istnienia objawów analogicznych do nerwicowych, przy organicznych uszkodzeniach centralnego systemu nerwowego, nie zawsze dających się stwierdzić, stojącemi nam dziś do dyspozycji, obiektywnymi sposobami badania. Podkreśla też, że zdarzają się nerwice pourazowe u osób nieubezpieczonych. Dr. Praeger (Lwów) — na podstawie swych spostrzeżeń podnosi, że fobie u górników są rzadsze, zdarzać się mają na Górnym Śląsku u ludności napływowej. Zaleca ostrożność w ocenianiu zeznań poszkodowanych, którzy określili wstrząs mózgu, i mimo to mogli zrekonstruować przebieg wypadku na podstawie opowiadań późniejszych — tacy chorzy są jednak wiarygodni. Dr. Miodoński (Kraków) — podnosi ważność badania aparatu przedśionkowego w przypadkach pourazowych oraz konieczność dokładnego opisu badań otologicznych w orzeczeniach lekarskich. Rozszczepienie między objawami nerwicowymi ogólnymi i organicznymi ze strony błędnika nieraz jest bardzo duże. Podpis badanego pod wynikami badań musi być ze względu na ogromne trudności tych badań. Doc. Łuniewski (Tworzy) — uważa, że powinno być uwzględnione w studiach lekarskich orzecznictwo. Podnosi ważność doświadczenia lekarskiego w orzecznictwie lekarskiem, oraz fachowość. Niektóre przypadki należy likwidować jednorazowym odszkodowaniem i zapytuje, czy ta rzecz jest na podstawie współczesnego ustawodawstwa możliwą. Odpowiada referent Dr. Jankowski, że ugoda jest zawsze możliwa i że towarzystwa ubezpieczeniowe zawsze ją najpierw proponują, a cała masa spraw w ten sposób szybko się kończy. Orzecznictwo wykładane jest na niektórych uniwersytetach niemieckich (Traumatologia). Odczyty do tematu głównego wygłosili: Dr. Praeger (Lwów) — Reakcja uczuciowa powypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym. Dr. Szpakowski (Grudziądz) — Etiologia psychoz więziennych. Dr. Korzeniowski (Grodzisk Mazowiecki) — Symptomatologia psychoz więziennych. Dyr. Dr. Stryjeński (Kobierzyn) — Problemy psychiatryczne związane z nowym kodeksem karnym. Dr. Meissner (Kobierzyn) — Zabójcy przebywający w Zakładzie kobierzyńskim pod względem antropologicznym. Dr. Berezowski (Kościan) — nadesłał zgłoszony odczyt — Eteryzacja jako metoda pomocnicza przy ekspertyzach sądowo-psychiatrycznych, który ze względów regulaminowych Zjazdu nie został odczytany.

Dyskusja: Doc. Łuniewski zgadza się z poglądem Dyr. Stryjeńskiego, by nieprzyjmować do Zakładów psychiatrycznych sprawców czynu karalnego w rozumieniu artykułu 17 kodeksu karnego. Dyr. Bielawski podnosi ważność zagadnienia poruszonego przez Dyr. Stryjeńskiego, podaje w wątpliwość, czy sąd mógłby oddać do Zakładu psychiatrycznego „Sprawcę czynu” wynikłego z zakłócenia świadomości, pochodzenia niechorobowego. Prof. Wolter (Prof. prawa karnego U. J.): nieszcześliwą jest stylizacja paragrafu 17 ze względu na trzeci człon „Inne zakłócenie czynności psychicznej”, tu należałyby przestępstwa, popełnione w stanie hipnozy, upojenia alkoholem, snu. Przyłącza się do tego, by dla psychopatów budowano oddzielne Zakłady.



Luźne odczyty wygłosili Prof. Dr. Mazurkiewicz (Warszawa)—Uwagi do kwestji neurodynamiki układów nerwowych. Dr. Skrzypińska (Warszawa) — O Chronaksji przedsionkowej w schizofrenji. Dr. Messing (Tworki) — Anatomja patologiczna parkinsonizmu pośpiączkowego. Dr. Messing — Anatomja patologiczna wściekliczny u człowieka. Dr. Zaczyński (Kościan) — Kilka uwag o zachowaniu się płynu mózgodzeniowego w psychozach funkcjonalnych. Dr. Meissner — Zagadnienie związków typów rasowych z właściwościami psychicznymi, fizjologicznymi, oraz skłonnościami do pewnych chorób. Dr. Rost. (Kraków) — O mechanizmie psychologicznym afazji centralnej. Dr. Meisner — Zagadnienia psychoz w wieku przedstarczym i starczym. Dr. Terajewicz (Choroszcz) z powodu braku czasu nie wygłosił odczytu — Opieka pozazakładowa w Białymtoku i Choroszczy, przesyłając streszczenie.

Dyskusja nad odczytami luźnemi: Dr. Müller do odczytu Dr. Skrzypińskiej— Czy chronaksja przedsionkowa jest nią istotnie? Wielkości tu uzyskiwane dochodzą do kilkudziesięciu „sigma”, czyli przekraczają wartości normalne chronaksji nerwów myelinowych, a nawet bezmyelinowych. Prof. Pieńkowski (do referatu Dr. Skrzypińskiej) podkreśla ważność stwierdzonych zmian w chronaksji zależnie od spraw emocjonalnych, które to zmiany, o ile okażą się słuszne, mogą stanowić w przyszłości miernik obiektywny w zakresie uczuć, mogący mieć zastosowanie praktyczne. Dziękuje za piękne prace ze szkoły Prof. Mazurkiewicza i życzy dalszego powodzenia w badaniach w tej trudnej dziedzinie. Zaznacza, że chronaksja już dzisiaj stanowi podstawę do standaryzowania farmakologicznego ciał silnie działających na układ nerwowo-mięśniowy. Dr. Bornstein: aparat tono-motoryczny jest najczulszym reagensem wzruszeń. Z zachowania mięśni możemy ocenić stan napięcia wzruszeniowego. Chronaksja umożliwia obiektywne sprawdzanie. Odprowadzanie prądów czynnościowych mogłoby wykazać zachodzące zmiany w mięśniach podczas afektu. Dr. Kirschner nie zgadza się z twierdzeniem Prof. Mazurkiewicza, że właściwości dziedziczne polegają jedynie na filcgenetycznie starych podkorowych strukturach anatomicznych i że kora warunkuje jedynie właściwości nabyte (drogą warunkowych odruchów) i wskazuje na dziedziczność cech napewno od kory niezależnych, jak np. inteligencji i uzdolnień z dziedziny mnestycznej, gnostycznej, praktycznej, matematycznej i t. p. Dr. Hryniewicz (do odczytu Dra Zaczyńskiego) — Dziś operujemy zespołami. Podany przez prelegenta zespół zmian niecharakterystycznych, którego odpowiednika anatomo-fizjologicznego nie znamy, nie posiada wartości diagnostycznej. Poza tem częste nakłucia mogą dać długotrwałe zmiany meningealne. Dr. Bielawski (do odczytu Dra Zaczyńskiego). — Tak zwane „niecharakterystyczne” zmiany w płynie mózgodzeniowym, przebiegające w granicach normy, zasługują na badania i zainteresowanie badaczy, ponieważ, jak z odczytu prelegenta wynika, zmiany te przebiegają w pewnym związku z klinicznym przebiegiem. Np. cofają się w związku z ogólną poprawą względnie wyleczeniem, co bezwzględnie świadczy o wartości może patognomonicznej, a przynajmniej różnicowo rozpoznawczej tych badań. Oczywiście, że przez to jest się jeszcze dalekim od twierdzenia o organicznej naturze twierdzenia.

Dr. Janusz (Kocborowo)—podnosi wyjątkową rzadkość przedstawionych przez Dra Messinga przypadków badań pośmiertnych zmarłych na wodowstręt, którzy poprzednio nie przebywali leczenia szczepiennego. W dobie obecnej tego rodzaju przypadki pogryzionych przez wściekle zwierzęta, u których nie stosowano leczenia, są zupełnie niemal nieznane. Do niezwykłego opisu takiego zejścia śmiertelnego na skutek wodowstrętu należy przypadek *O. Germana*, dotyczący dziewczynki,



która chociaż nie była pokąsana, to jednak została oślinioną i polizaną przez wściekłego psa, poczem następnie zmarła wśród typowych objawów. W przypadkach zgonu po zastosowaniu szczepień śmierć, następuje wśród objawów uczulenia. Wreszcie piśmiennictwo obfituje w opisy samoistnego wyleczenia zwierząt po przebytem zakażeniu się wścieklizną zarówno w warunkach naturalnych jak i eksperymentalnych. Podobne spostrzeżenia dotyczą również ludzi dorosłych, o których niektórzy wspominają, że w tych razach chodzi raczej o Lyssa imaginatoria, natomiast opisy samoistnego wyleczenia dzieci nie powinny nasuwać większej wątpliwości, albowiem jest rzeczą trudną do przypuszczenia, aby dzieci ujawniały napaadowe reakcje pochodzenia psychoennego. Dr. Messing w odpowiedzi Drowi Januszowi wyjaśnia, że przypadek pierwszy dotyczący 36-letniej kobiety zupełnie nie był leczony. Zaś przypadek drugi 7-letni chłopiec otrzymał 6 zastrzyków. Według obecnego stanu nauki rozróżniamy 3 rodzaje gleju: makroglej, oligodendroglej i mikroglej — inaczej komórki Hortegi, który ma wybitne własności żerne i należy do układu siateczkowo-nabłonkowego. Lecz nie mikroglej w przytoczonym przypadku, a oligodendroglej przybiera postać komórek nabłonkowatych, co właśnie zasługuje na podkreślenie. Prof. Wolter (do odczytu Dra Meissnera): stawianie pewnych tez np. łączność między pewnymi cechami antropologicznymi i skłonnościami do pewnych schorzeń, względnie do przestępstw, może wywołać w sferach prawniczych i u laików niebezpieczne reperkusje. Zwraca się przeto z apelem, by pewne sprawy ustawodawcze (np. w Niemczech ustawa o przestrzeganiu czystości rasy) były oświetlone przez psychiatrów w należyty sposób i udostępnione w postaci naukowej, pewnikowej np. dla prawników.

W drugim dniu Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa Psychiatrów Polskich.

Zjazd zgromadził około 160 członków zwyczajnych i kilkanaście osób towarzyszących. Część towarzyską Zjazdu urozmaicił Wieczór Towarzyski w Sali Marmurowej Domu Medyków, ze staropolską gościnnością zgotowane przyjęcie w Lecznicy w Batowicach i obiad w Kobierzynie, na którym wygłoszono szereg okazjnych przemówień i odczytano depesze gratulacyjne między innymi od Towarzystwa Psychiatrycznego Czechosłowackiego.

Zjazd zamknął Przewodniczący ostatniego posiedzenia Dyr. Fuhrman z podziękowaniem dla Komitetu Organizacyjnego.

W czasie Zjazdu odbyła się wystawa przemysłu farmaceutycznego, z której dochód przeznaczony został na stypendjum im. ś. p. Prof. Radziwiłłowicza.

Sekretarz Generalny:

*Doc. Dr. E. Artwiński.*

Prezes:

*Prof. Dr. St. K. Pieńkowski.*

## Wnioski

1) XIV-ty Zjazd Psychiatrów w Krakowie zaznajomiwszy się z redakcją projektu Ustawy o Opiece nad psychicznie chorymi, a wiedziony troską o wspomnianych chorych i o poziom leczenia psychiatrycznego uważa za konieczne zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z przedstawieniem, iż nierozwiązanie problemu kosztów leczenia psychicznie chorych w ustawie psychiatrycznej nie przyniesie poprawy w obecnym stanie



lecznictwa psychiatrycznego. Ze względu na konieczność uzupełnienia i w innych artykułach projektu. XIV-ty Zjazd Psychj. Polskich uważa za konieczne uzgodnić opinie psychiatrów polskich, co do nowej redakcji Ustawy o Opiece nad psychicznie chorymi drogą wydania opinii przez poszczególne oddziały Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które to opinie winne być zgłoszone do Głównego Zarządu Polsk. Tow. Psychiatrycznego celem ostatecznego uzgodnienia.

Nad wykonaniem tej uchwały będzie miał pieczę Zarząd Główny Towarzystwa.

2) W obliczu niebezpieczeństwa grożącego psychjatrii polskiej XIV-ty Zjazd Psychiatrów Polskich zwraca się do Lekarskich Wydziałów Uniwersytetów z gorącą prośbą o wzięcie pod uwagę koniecznej potrzeby istnienia samodzielnych katedr i klinik psychiatrycznych przy reformie studjów lekarskich, a do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia Publ. zanoszą gorący apel, o otoczenie szczególną troską samodzielnych katedr psychjatrii, które stanowią istotną potrzebę zarówno nauki polskiej, jak i potrzebę praktycznego przygotowania, oraz przeszkolenia młodych adeptów medycyny do zawodu lekarskiego, a z drugiej do przygotowania lekarzy specjalistów.

3) XIV-ty Zjazd Psychiatrów Polskich, biorąc pod uwagę dawno uznaną przez psychjatrię i kryminologię odrębność problemu zabezpieczenia społeczeństwa od niebezpiecznych aspołecznych psychopatów ze zmniejszoną poczytalnością, decyduje przedstawić miarodajnym czynnikom konieczność wypracowania programu budowy specjalnych Zakładów dla kryminalnych psychopatów szczególnie wobec niedostatecznej ilości miejsc w Zakładach psychiatrycznych.

4) XIV-ty Zjazd Psychj. Polskich w Krakowie wyraża podziękowanie Starostwu Krajowemu w Poznaniu za długoletnie subwencjonowanie wydawnictwa „Nowiny Psychiatryczne”.

## PROTOKÓŁ XV WALNEGO ZGROMADZENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO

odbytego dnia 20 maja 1934 roku w Klinice neurologiczno-psychjatrycznej U. J. w Krakowie, początek o godz. 18 min. 30. Obecnych 45 członków.

### *Porządek dzienny:*

1. Zagajenie Prezesa Zarządu.
2. Wybór Prezydium Walnego Zgromadzenia.
3. Odczytanie protokołu XIV Walnego Zgromadzenia.



4. Sprawozdanie Zarządu Głównego.
5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
6. Wybór tematów na XV Zjazd w 1935 roku i przedstawienie tematów na zjazd w roku 1936.
7. Wybór miejsca XV Zjazdu Psychiatrów Polskich (1935 r.).
8. Wybór dwóch członków Zarządu na miejsce ustępujących (na rok 1934—1937).
9. Wybór trzech członków Komisji Rewizyjnej, Redaktora i Wydawcy Rocznika Psychiatrycznego.
10. Wolne wnioski.

1. Zebranie zagałę Prof. Dr. Mazurkiewicz i poświęcił krótkie wspomnienie pamięci zmarłych w roku sprawozdawczym członków Towarzystwa: Prof. Dra Halbana i Dyr. Dra Piotrowskiego. Zebrani uczcili zmarłych przez powstanie.

2. Na przewodniczącego zebrania powołano: Dra Drożdża (Lublin), na sekretarza Dra Terajewicza (Choroszcz).

3. Sekretarz gener. Dr. Handelsman odczytał protokół XIV Walnego Zgromadzenia, który przyjęto.

4. Sprawozdanie Zarządu Głównego i sprawozdanie Rocznika Psychiatrycznego odczytał Dr. Handelsman.

#### *Sprawozdanie Zarządu Głównego za rok sprawozdawczy 1933/34.*

Rok sprawozdawczy, 14-ty istnienia Towarzystwa, trwał wyjątkowo krótko, od XIV Walnego Zgromadzenia odbytego w Kościanie dn. 14.IX. 33 t. j. 8 miesięcy. W roku tym, jak i w poprzednim Towarzystwo nie przejawiało żywszej działalności. Działalność w oddziałach Tow., nie została dostatecznie ujawniona (jak w latach ubiegłych). Pomimo starań Zarządu i przesłania listów do oddziałów z prośbą o nadesłanie danych, otrzymano tylko sprawozdanie oddziału Warszawskiego i krótkie sprawozdanie z oddziału Lwowskiego; pomimo, iż wiadomem nam jest, że niektóre oddziały pracują naukowo z wielkiem ożywieniem, zarządy oddziałów nie poczuwają się do obowiązku ogłaszania swoich sprawozdań w ramach naszego Towarzystwa. Zarząd Główny postanowił na XV Walnem Zgromadzeniu przypomnieć zarządom oddziałów obowiązek komunikowania się z Zarządem Głównym.

Polskie Tow. Psychiatryczne poniosło w roku sprawozdawczym bolesną stratę przez śmierć dwóch wybitnych członków Towarzystwa: dn. 13.XII. 33 r. zmarł ś. p. Henryk Halban, rektor U. J. we Lwowie, czynny członek naszego Towarzystwa, członek komitetu wydawniczego „Rocznika Psychiatrycznego”, organizator dwóch Zjazdów Psychiatrów we Lwowie; dn. 14.XII. 33 r. zmarł ś. p. Aleksander Piotrowski, dyrektor Zakładu psychiatrycznego w Dziekance, wieloletni członek Zarządu Głównego naszego Towarzystwa. O obu zmarłych członkach zostały pomieszczone obszerniejsze wspomnienia pośmiertne w „Roczniku Psychiatrycznym”.

25 października 1933 roku Towarzystwo nasze obchodziło, w oddziale Warszawskim święto XXXV lecia pracy naukowej prezesa Towarzystwa prof. J. Mazurkiewicza. W święcie tem wzięli udział obok wielu członków Towarzystwa z oddziału Warszawskiego i z innych oddziałów, liczni goście, pragnący uczcić na-



szego Prezesa, z niemal wszystkimi profesorami Wydziału lekarskiego U. W. z dziekanem Wydziału oraz J. M. rektorem Uniw. Warsz. prof. Pieńkowskim, oraz z wieloma profesorami innych Uniwersytetów Polskich.

1. Na XIV Walnem Zgromadzeniu w Kościanie na miejsce ustępujących przez losowanie prof. J. Mazurkiewicza i min. W. Chodźko obrano na 3-ch lecie 1933 — 1936 prof. J. Mazurkiewicza (ponownie) i Dr. J. Strzypińską.

Na pierwszym zebraniu Zarządu dnia 4.IX. 1933 r. Zarząd ukonstytuował się jak następuje:

Prezes prof. J. Mazurkiewicz (1933 — 1936),

Wiceprezes doc. W. Łuniewski (1932 — 1935).

Sekr. gen. J. Handelsman (1933 — 1934),

Skarbnik J. Skrzypińska (1933 — 1936).

Członkowie Zarządu prof. S. Borowiecki (1932 — 1935).

Dyr. Stryjeński (1933 — 1934).

Dyr. Wilczkowski (1932 — 1935)

oraz Płk. J. Nelken, dorocznie, jako redaktor Rocznika.

2. W ciągu roku sprawozdawczego Zarząd odbył 3 posiedzenia, z których jedno wspólnie z delegatami Komitetu Organizacyjnego XIV Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie Doc. Zielińskim i Dr. Gradzińskim, jedno zaś wspólnie z Komitetem Redakcyjnym.

3. Na posiedzeniach Zarządu przyjęto następujących członków rzeczywistych dr. dr.: Flatauową, Czudowskiego, Bojarczykównę, Rutkowskiego, Witeka i Gołąba.

Z Towarzystwa zostało wykreślonych 3 członków (zgodnie z ich życzeniami). Wobec tego, że w roku ubiegłym było 188 członków rzeczywistych i 2-ch korespondentów, na dzień dzisiejszy pozostaje 189 czł. rzecz. i 2-ch członków korespondentów.

4. W korespondencji Towarzystwa załatwiono 50 listów wchodzących i 63 listy wychodzące, nie licząc okólników do pism i obszernej korespondencji skarbnika do opieszłych płatników.

5. Główne sprawy załatwione przez Zarząd Główny:

- a) współpraca z Komitetem Organizacyjnym XIV Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, w części naukowej;
- b) załatwienie wniosków z XIV Walnego Zgromadzenia;
- c) omawiano sprawę stosunku Pol. Tow. Psychj. do Słowiańskiego Towarzystwa neurologiczno-psychjatrznego, zdecydowano współpracę z tem Towarzystwem i polecono zwrócić się do polskich psychiatrów z prośbą o zapisywanie się do tego Towarzystwa. W roku 1936 ma się odbyć Zjazd Słowiański wspólnie z XVI Zjazdem Psychiatrów Polskich;
- d) ze względu na ciężkie warunki materialne członków Towarzystwa, omawiano sprawę obniżenia składki członkowskiej naszego Towarzystwa, zdecydowano składki nie obniżać, jednak postanowiono przypomnieć na Walnem Zgromadzeniu uchwałą jednego z poprzednich Walnych Zgromadzeń, że w przypadkach odpowiednich Zarząd Główny indywidualnie może obniżyć składkę na prośby poszczególnych członków;
- e) Zarząd brał udział w Akademji ku czci ś. p. Dr. Kopczyńskiego oraz wziął udział w obchodzie XXV lecia Tow. Okulistycznego Warszawskie-



go; Towarzystwo zostało zaproszone na Zjazd doroczny Royal Medico-Psychological Association w Anglii;

- f) zdecydowano zwrócić się do dyrekcji zakładów psychiatrycznych z prośbą o pouczenie lekarzy zakładowych o potrzebie zapisywania się do Towarzystwa.

6. Zgodnie z art. 16 Statutu Towarzystwa ustępuje w roku bieżącym dwóch członków Zarządu: J. Handelsman i W. Stryeński. Na miejsce ustępujących należy wybrać dwóch członków Zarządu na 3-ich lecie 1934 — 1937. Wylosowani członkowie mogą być wybrani ponownie.

7. W myśl życzeń XIV Walnego Zgromadzenia, Zarząd proponuje na XV Zjazd Psychiatrów Polskich w roku 1935, jako główny temat teoretyczny: 1) Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego (z wyłączeniem porażenia postępującego i otępienia starczego), lub 2) omamy.

Jako główny temat z psychiatrii społecznej Zarząd proponuje „Poczytalność zmniejszona w ujęciu naszego Kodeksu Karnego i w jej praktycznym zastosowaniu”.

W myśl regulaminu Zjazdów, Zarząd proponuje na Zjazd w roku 1936, który się odbędzie wspólnie ze Zjazdem neurologów i Zjazdem Słowiańskich psychiatrów i neurologów, następujące tematy: 1) Heredodegeneracja i 2) Układ wegetatywny w psychiatrii.

### *Sprawozdanie Rocznika Psychiatrycznego za rok 1933/34.*

Pomimo krótkiego, zaledwie 8 miesięcznego okresu sprawozdawczego, pomimo wielkich trudności finansowych i pomimo nie otrzymywania już od 2-ich lat żadnych zasiłków, jedynie wysiłkiem naszym udało się w roku sprawozdawczym wydać 2 duże zeszyty XXI i XXII o przeszło 43 arkuszach (ściśle 600 stron) druku. W tych dwóch zeszytach pomieszczono 40 oryginalnych prac z licznymi rysunkami, mikrofotografiami, tablicami; w zeszytach tych pomieszczono również protokół XIV Walnego Zgromadzenia in extenso, sprawozdanie z XIII Zjazdu psychiatrów polskich, sprawozdanie z oddziału Warszawskiego za rok 1932/33, całkowitą bibliografię psychiatrzną, wspomnienia pośmiertne o ś. p. Halbanie, Piotrowskim, Jaroszyńskim.

Słowem wykonano maximum zamierzonej pracy.

Zaznaczyć dalej musimy, cośmy już stwierdzili w r. ub., wzrastające zainteresowanie „Rocznikiem” w kraju i zagranicą, co uwidacznia się w sprawozdaniach i streszczeniach w różnych pismach i w zwiększeniu się wymiennych egzemplarzy pism krajowych i zagranicznych.

Niestety, nie wszyscy członkowie Towarzystwa rozumieją znaczenie dla Towarzystwa i dla rozwoju psychiatrii polskiej, naszego Rocznika; kilkakrotnie otrzymaliśmy zawiadomienia z prośbą o wykreślenie z listy prenumeratów. Przypominamy, że członkowie Towarzystwa, wpłacający składkę, otrzymują „Rocznik” bezpłatnie.

Wydawane przez „Rocznik” niektóre prace jako „Monografie Psychiatryczne”, w roku bieżącym rozeszły się w bardzo małej liczbie egzemplarzy; wobec tego, o ile nie poprawi się stan finansowy Towarzystwa, w roku przyszłym wydawane nie będą. Wogóle zaś zaznaczyć należy, że chociaż do Redakcji wpływają bardzo cenne prace do druku, ze względu na trudności finansowe „Rocznik” będzie zmuszony wydawać w objętości znacznie zmniejszonej, o ile nie będą wpływały regularnie składki od członków Towarzystwa.



## 5. Sprawozdanie kasowe odczytała Dr. Skrzypińska, skarbnik Towarzystwa.

Sprawozdanie obejmuje okres czasu od dnia 5 września 1933 roku do dnia 10 maja 1934 roku.

### D O C H Ó D.

	faktyczny	przewidywany
1) Saldo z roku 1933/34	2886,62	2886,62
2) Udziały Komitetu Wydawniczego	875,00	2000,00
3) Składki członkowskie	3121,10	5500,00
4) Ogłoszenia w Roczniku	—	1,00
5) Zwrot za klisze i odbitki	240,77	1,00
6) Sprzedaż oddz. N. N. Roczn.	633,34	600,00
7) Sprzedaż monografij	86,84	250,00
8) Depozyt zeszytu alkoholowego	4000,00	4000,00
9) Nieprzewidziane	1751,59	1,00
	<u>13595,26</u>	<u>15239,62</u>

### R O Z C H Ó D.

	faktyczny	przewidywany
1) Koszta wydawnictwa	7864,60	8100,00
2) Depozyt na zeszyt alkoholowy	4000,00	4000,00
3) Liga Higieny Psychiczej	—	200,00
4) Ekspedycja Rocznika	279,07	500,00
5) Powiększenie inwentarza	—	600,00
6) Wydatki biurowe i administracyjne	180,22	400,00
7) Wydatki kasowe	117,85	600,00
8) Różne	208,58	800,00
9) Saldo na rok 1934/35	944,94	39,62
	<u>13595,26</u>	<u>15239,62</u>

Stan Kasy Towarzystwa z dnia 10 maja 1934 roku wynosi — 944,94

W P. K. O. 936,45

Kasa podręczna Skarbnika 0,80

Kasa podręczna Wydawcy 7,69

### *Preliminarz na rok 1934/35.*

### D O C H Ó D.

1. Saldo z roku 1933/34	944,94
2. Udziały Komitetu Wydawniczego	2000,00
3. Składki członkowskie	5500,00
4. Ogłoszenia w Roczniku	300,00
5. Zwrot za klisze i odbitki	100,00
6. Sprzedaż oddz. N. N. Rocznika	600,00
7. Sprzedaż monografij	100,00
8. Depozyt zeszytu alkoholowego	4000,00
9. Nieprzewidziane	1,00

Razem: 13545,94



## R O Z C H O D,

1. Koszta Wydawnictwa	8000,00
2. Wydanie zeszytu alkoholowego	4000,00
3. Liga Higjeny Psychiczej	200,00
4. Ekspedycja Rocznika	300,00
5. Powiększenie inwentarza	400,00
6. Wydatki biurowe i administracyjne	200,00
7. Wydatki buchalteryjno-inkasowe	300,00
8. Różne	100,00
9. Saldo na rok 1935/36	45,94

Razem: 13545,94

Obecny rok pod względem zbierania składek był wyjątkowo trudny; Zarząd był zmuszony zwrócić się do poszczególnych osób z przypomnieniem, lub też członkom Towarzystwa, znajdującym się w dobie obecnego kryzysu w bardzo ciężkich warunkach materialnych zmniejszyć składkę roczną, korzystając z uchwały Zjazdu Wileńskiego.

Towarzystwo na rok następny posiada w gotówce 944,94 (saldo).

Rozpoczęcie druku następnego zeszytu Rocznika jest niemożliwem, ponieważ koszt wydania jednego zeszytu wynosi przeciętnie 4 — 5 tysięcy złotych

5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał Dyrektor Dr. Fuhrman:

„Wedle zamknięcia księgi głównej i ksiąg podręcznych z dnia 10 maja 1934 roku stwierdza się stan Kasy w kwocie 944,94 zł., z tego w P. K. O. 936,45 zł., w kasie podręcznej Skarbnika 0,80 gr., w kasie podręcznej Wydawcy 7,69 zł.

Po zbadaniu działalności Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego na podstawie przedłożonych ksiąg protokołów posiedzeń Zarządu Głównego, Walnych Zgromadzeń, księgi kont członków i t. d. Komisja Rewizyjna stwierdziła:

1. Działalność Zarządu Głównego w minionym okresie międzyzjazdowym szła po linii założeń statutu i poleceń Walnych Zgromadzeń.

2. Ze szczególnym naciskiem podnosi Komisja Rewizyjna działalność wydawniczą Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego ze względu na wydany w minionym okresie zeszty ku uczczeniu jubileuszu Prezesa Towarzystwa p. Prof. Mazurkiewicza.

Uwzględniając wyżej przytoczone wyniki, Komisja Rewizyjna stawia wniosek na udzielenie absolutorjum Głównemu Zarządowi Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Przewodniczący otworzył dyskusję nad sprawozdaniami; do głosu nikt się nie zapisał. Następnie poddał pod głosowanie wniosek Komisji Rewizyjnej o udzielenie absolutorjum Zarządowi, wniosek przyjęto jednogłośnie. Również jednogłośnie przyjęto wniosek Zarządu o pozostawieniu składki członkowskiej w dotychczasowej wysokości.

6. Prof. Mazurkiewicz popiera tematy: 1) „Zaburzenia psychiczne przy cierpieniach organicznych układu nerwowego (z wyłączeniem porażenia postępującego i ośpienia starczego)” i 2) „Omamy”.



*Dr. Bornsztajn* proponuje: „zestawienie kliniczne i omówienie różniczkowe paranoi, parafrenji i schizofrenji„.

*Dr. Łuniewski* popierając zasadniczo ostatni temat, wyjaśnia, że nie można zmienić tematu pierwszego ze względów formalnych. Proponuje przyjęcie tematu o paranoi na wspólny zjazd Słowiańskiego Towarzystwa neurologów i psychiatrów, który ma się odbyć w roku 1936 w Warszawie.

Przewodniczący postawił pod głosowanie temat pierwszy, który przyjęło jednogłośnie. Jako temat społeczny przyjęto: „O poczytalności zmniejszonej w świetle nowego kodeksu karnego”.

*Dyr. Łuniewski* wyjaśnia, że istniejące już Słowiańskie Towarzystwo neurologów i psychiatrów ma zamiar odbyć I-szy swój zjazd w roku 1936 w Warszawie. Jako temat tego zjazdu Zarząd proponuje: „Herododegeneracja w psychiatrii i neurologji”. Można dołączyć jeszcze temat o „paranoi”.

7. *Prof. Mazurkiewicz* wyjaśnia, że nikt nie zaprasza Zjazdu na rok 1935, pozostaje Warszawa, lecz w Warszawie w roku 1936 odbędzie się pierwszy zjazd Słowiańskiego Towarzystwa neurologów i psychiatrów. Proponuje dziś nie uchylać jeszcze miejsca przyszłego zjazdu, a przekazać to Zarządowi.

*Prof. Pieńkowski* wyjaśnia, że *Dyr. Wiendlocha* prosił zawiadomić Zgromadzenie, że narazie nie może jeszcze zaprosić Zjazdu do Rybnika. *Prof. Pieńkowski* proponuje urządzenie Zjazdu w Warszawie, w roku 1936.

Sprawę ustalenia miejsca przyszłego Zjazdu przekazano Zarządowi.

8. *Dyr. Stryjeński* i *Dr. Handelsman* wybrani przez aklamację ponownie do Zarządu na rok 1934 — 1937.

9. Komisja Rewizyjna wybrana przez aklamację ponownie w poprzednim składzie. Na Redaktora Rocznika wybrany przez aklamację ponownie *Dr. Nelken*. Na Wydawcę wybrany przez aklamację ponownie *Dr. Handelsman*.

10. Przewodniczący prosi o składanie wolnych wniosków.

*Dr. Bielawski* referuje obecny stan „Nowin Psychiatrycznych”. podkreśla, że samorząd poznański dawał „Nowinom” stałe subsydujum w wysokości 8 tysięcy złotych rocznie. Referent proponuje utworzenie komitetu redakcyjnego „Nowin” i rozdzielenie kompetencji pomiędzy „Nowinami” a „Rocznikiem”, zaznacza współpracę zagranicznych psychiatrów w „Nowinach”. Proponuje uchwalenie wniosku z podziękowaniem samorządowi poznańskiemu za pomoc finansową dla „Nowin”. *Dyr. Łuniewski* proponuje, by *Dyr. Bie-*



lawski podał Zarządowi, jaki kierunek „Nowin” będzie obrany w przyszłości.

*Dyr. Stryjeński* proponuje, by „Nowiny” obrały kierunek higieny psychicznej, „Rocznik” zaś pozostałby czasopismem archiwalnym.

*Dr. Drohocki* proponuje, by oba pisma były organami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Prof. Mazurkiewicz dziękuje Dyr. Bielawskiemu za jego propozycję, podkreśla, że obecnie uregułuje się stosunek pomiędzy dwoma pismami, zatrą się różnice dzielnicowe.

Przewodniczący przekazuje wniosek D-ra Drohockiego Zarządowi.

*Dyr. Bednarz* składa wniosek treści następującej: „Ze względu na zdekompletowanie Komisji w sprawie Ustawy psychiatrycznej i organizacji opieki psychiatrycznej nad psychicznie chorymi, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne uzupełnia ją kolegami: Dr. Stryjeńskim i Dr. Malinowskim i poleca Komisji energicznie bronić racjonalnych tez psychiatrycznych w sprawie Ustawodawstwa psychiatrycznego”.

*Dyr. Łuniewski* wyjaśnia, że istnienie komisji w sprawie ustawy psychiatrycznej obecnie nie jest aktualne, ponieważ zajmuje się tem Państwowa Rada Zdrowia.

*Prof. Mazurkiewicz* przemawia przeciwko wnioskowi, uważa, iż istnienie komisji jest nierealne. Dyr. Stryjeński przeciwny jest tworzeniu komisji. Po wyjaśnieniach Dyr. Łuniewskiego i Dyr. Bednarza, przewodniczący stawia wniosek pod głosowanie; za wnioskiem 10 głosów — przeciwko 6 głosów przy 9 wstrzymujących się — wniosek nie uzyskał większości.

*Dr. Handelsman* zgłasza wniosek treści następującej:

„Z uwagi na szybki postęp fizjologii ośrodkowego układu nerwowego w czasach ostatnich, a w szczególności badań nad pobudliwością nerwową i chronakcją z jednej strony i nad działalnością kory mózgowej z drugiej strony, które coraz wyraźniej wskazują na to, że wyniki fizjologii i patofizjologii mózgu znajdują się w ścisłej łączności z danymi klinicznymi psychoneurologii i psychiatrii, oraz na to, że w Polsce fizjologia ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności wyższych jego odcinków (kory mózgowej i zwojów podkorowych) nie posiada właściwie żadnych pracowni doświadczalnych, XV Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego postanawia: 1) uznać za celowe założenia pracowni doświadczalnej dla badań nad fizjologią i patologią ośrodko-



wego układu nerwowego i 2) poprzeć wszelkie dążenia skierowane do zorganizowania powyższej placówki naukowej".

*Dyr. Stryjeński* zapytuje, czy przewidują się jakiegokolwiek fundusze na ten cel.

W dyskusji zabierali głos: *Doc. Łuniewski*, *Dr. Handelsman* i *Prof. Mazurkiewicz*, który podkreślił, iż uważa wniosek powyższy w chwili obecnej za nieaktualny.

W głosowaniu za wnioskiem dano 9 głosów, przeciwko wnioskowi 9, przy 5 wstrzymujących się, tak że wniosek nie uzyskał większości.

*Prof. Pieńkowski* zgłasza wniosek, by zwoływać zjazdy psychiatryczne co dwa lata. W dyskusji *Dyr. Stryjeński* przypomina, że zgłaszał już analogiczny wniosek i popiera go.

*Dyr. Łuniewski* przemawia za corocznem zwoływaniem Zjazdów.

*Doc. Zieliński* przemawia za wnioskiem, wyjaśniając że projektowane jest zwoływanie dorocznych zjazdów neurologicznych.

W głosowaniu wniosek upadł, uzyskał 7 głosów, przy 13 przeciwnych.

*Dr. Drohocki* stawia wniosek, by przyjmować na Zjazd tylko oryginalne twórcze referaty.

*Dyr. Łuniewski* i *Dyr. Wilczkowski* zabierali głos w dyskusji.

W głosowaniu wniosek *Dr. Drohockiego* nie uzyskał większości — za wnioskiem złożono 2 głosy, przeciwko 7, przy 10 wstrzymujących się.

Po wyczerpaniu porządku dziennego Przewodniczący zamyka Walne Zgromadzenie, dziękując obecnym za udział w obradach.

Sekretarz:

(—) *Dr. Terajewicz*.

Przewodniczący:

(—) *Dr. Drożdż*.

## SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU WARSZAWSKIEGO

za r. 1933/34

W okresie sprawozawczym odbyło się 9 posiedzeń naukowych, z tego 8 w lokalu Kliniki Psychiatrycznej U. W. i jedno w szpitalu w Tworkach. Frekwencja obecnych wynosiła od 25 — 75 osób, przeciętnie 40 osób na posiedzeniu. Ogółem wygłoszono 7 odczytów i demonstrowano 9 przypadków.

Przewodniczącym Oddziału był *J. Handelsman*, vice-przewodniczącym *Doc. Wł. Sterling*, sekretarzem *K. Mikulski*.



## POSIEDZENIA BYŁY NASTĘPUJĄCE:

## I. Dnia 20.XII. 1933 r.

1. *J. Handelsman*: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. prof. Halbanie.
2. *M. Żebrowska*: Wrażenia z Ameryki z zakresu badań na polu higieny psychicznej.
3. *W. Kamiński*: Przypadek zaburzeń psychicznych w przebiegu organicznego cierpienia układu nerwowego.

## II. Dnia 17.I. 1934 r.

1. *K. Szczytt*: Demonstracja niezwykłego obrazu psychozy poinfekcyjnej.
2. *J. Frostig*: W sprawie patogenezy i klasyfikacji schizofrenji.

## III. Dnia 21.II. 1934 r.

1. *Z. Messing*: Dwa przypadki płasawicy przewlekłej (pokaz preparatów mikroskopowych).
2. *K. Mikulski*: Z badań nad bliźniętami.

## IV. Dnia 21.III. 1934 r.

1. *J. Skrzypińska*: Druga kategoria wzruszeniowości w cyklu życiowym człowieka, oparta na wynikach badań chronaksji przedsionkowej.

## V. Dnia 18.IV. 1934 r.

1. *R. Dreszer*: Pokaz anatomiczny dwóch nietypowych przypadków porażenia postępującego.
2. *F. Kaczanowski*: Pokaz chorego z trudnościami rozpoznawczymi zaburzenia psychicznego na tle kiły.

## VI. Dnia 10.V. 1934 r. w Szpitalu w Tworkach.

1. *J. Konorski* i *S. Miller*: Przypadek afazji.
2. *Z. Messing*: Ciała obce w przewodzie pokarmowym chorych psychicznie.
3. *F. Kaczanowski*: Przypadek psychozy podeszłego wieku z ruchami mimowolnymi.
4. *E. Steften*: Przypadek sądowy dotyczący przewodnika sekty religijnej.

## VII. Dnia 6.VI. 1934 r.

1. *R. Becker*: O skłonności do samobójstwa.

## VIII. Dnia 20.VI. 1934 r.

1. *J. Handelsman*: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Dr. St. Kopcińskim.
2. *G. Bychowski*: O zaburzeniach zmysłu geometrycznego.

## IX. Dnia 3.X. 1934 r.

1. *J. Handelsman*: Wspomnienie pośmiertne po Dr. Z. Bychowskim.
2. Prof. *J. Mazurkiewicz*: O świadomości.
3. Sprawozdanie sekretarza.
4. Doroczne wybory Zarządu Oddziału. W wyniku wyborów wybrani zostali: przewodniczącym Oddziału Dr. *J. Handelsman*, vice-przewodniczącym Dr. *R. Dreszer*, sekretarzem Dr. *K. Szczytt*.

Na początku roku sprawozdawczego Oddział liczył 83 członków, w ciągu roku przybyło 3 osoby, ubyło 2 osoby. W końcu roku sprawozdawczego Oddział liczył 84 członków.

Sekretarz: (—) *K. Mikulski*.



## SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU KRAKOWSKIEGO

ZA ROK 1933/34.

Prezydjum oddziału zmianie nie uległo. Przewodniczący — *Dyr. Dr. Stryjeński*, Wice-przewodniczący: *Doc Dr. Artwiński*, Sekretarz: *Dr. Meissner*.

Ilość członków zmianie nie uległa. Ubył 1 członek, *Dr. Frąckowiak*, z powodu wyjazdu z Krakowa, na to miejsce przybył 1 członek, *Dr. Gradzińska Michalina*.

Zebrania odbywały się wspólnie z Tow. Neurologicznem. Odbyło się ich 5. Wygłoszono następujące odczyty, mające związek z psychiatrią:

1) *Dyr. Dr. Stryjeński*: „Psychicznie chory wobec nowego kodeksu karnego” (30.I.).

2) *Dr. Dretler*: „Przypadek afazji” (30.I.).

3) *Dr. Kirschner*: „Przypadek afazji” (26.II.).

4) *Prof. Dr. Szuman*: „Pojęcie percepcji i gnoźji w psychologii i neurologii”.

27.IV. odbyło się walne zebranie, na którym wybrano ponownie to samo prezydjum.

Sekretarz:

(—) *Dr. J. Meissner*.

## SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU POZNAŃSKIEGO

za rok 1933/34

Oddział wznowił pracę na zebraniu w dniu 2.IV.1933 zwołanem z inicjatywy *Prof. Dr. St. Borowieckiego*.

Liczba członków wynosi 16.

Prezydjum Oddziału:

1) *Prof. Dr. St. Borowiecki*—przewodniczący, 2) *Dyr. Dr. O. Bielawski* — zastępca przewodniczącego, 3) *Dr. St. Hryniewicz* — sekretarz.

Nazwiska członków Oddziału przyjętych do 1.IV. 1934 r.:

1) *Dr. Węciewicz Stefan*, prymariusz Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Owinskach. 2) *Dr. Wize Stefan*, ordynariusz Woj. Zakł. Psychj. w Dziekanowie. 3) *Dr. Madziarska - Langer Gizela*, ordynator Woj. Zakł. Psychj. w Owinskach. 4) *Dr. Szarf Zygmunt*, Poznań. 5) *Doc. Dr. Gruszecka Anna*, Poznań. 6) *Dr. Kotliński Witold*, Poznań. 7) *Dr. Berezowski Franciszek*, Kościan. 8) *Dr. Żaczyński Jan*, Kościan. 9) *Dr. Golonka Kazimierz*, Kościan. 10) *Dyr. Dr. Bielawski*, Kościan. 11) *Dr. Luzziński*, Poznań. 12) *Dr. Frąckowiak Tadeusz*, Poznań. 13) *Dr. Warpechowski Bernard*, Poznań. 14) *Dr. Hryniewicz Stanisław*, Poznań. 15) *Prof. Dr. Borowiecki Stefan*, Poznań. 16) *Dr. Markiewicz Tadeusz*, Poznań.

Posiedzenie w dniu 2.IV. 1933 r.: *Kol. T. Markiewicz* wygłosił referat na te-



mat: „Spostrzeżenia nad zachowaniem się myszy normalnych i alkoholizowanych na labiryncie przestrzennym”.

Posiedzenie w dniu 17. IV. 1933 r.: p. p. Prof. Dr. *Kapuściński* i *St. Borowiecki* przedstawili 3 przypadki bezładu rodzinnego z zanikiem naczyńiówki. Na temże posiedzeniu Prof. Dr. *St. Borowiecki* wygłosił wykład p. t. „Urazy czaszki w świetle materiału kliniki neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego”.

Posiedzenie w dniu 17. III. 1934 r.: Kol. *S. Hryniewicz* przedstawił 5 przypadków miażdżycy układu nerwowego pod względem anatom. z uwzględnieniem przebiegu klinicznego.

Posiedzenie z dnia 21. IV. 1934 r.: Kol. *Dowżenko* przedstawił „Żebra szyjne z objawami nerwobólu spłotu barkowego”.

Kol. *Jeżewska* przedstawiła „Leczenie bodźcowe szczepionką tyfusową w przyp. stwardnienia rozsianego o przebiegu ostrym”.

Doc. Dr. *Gruszecka* wygłosiła „Odczyn Müllera w płynie m.-rdz. i we krwi w świetle materiału pracowni płynowej Kliniki Neurologiczno - Psychjatrycznej Uniw. Pozn.”.

Kol. *K. Golonka* wygłosił odczyt p. t. „Psychoanaliza Stekla”.

(—) *Borowiecki.*

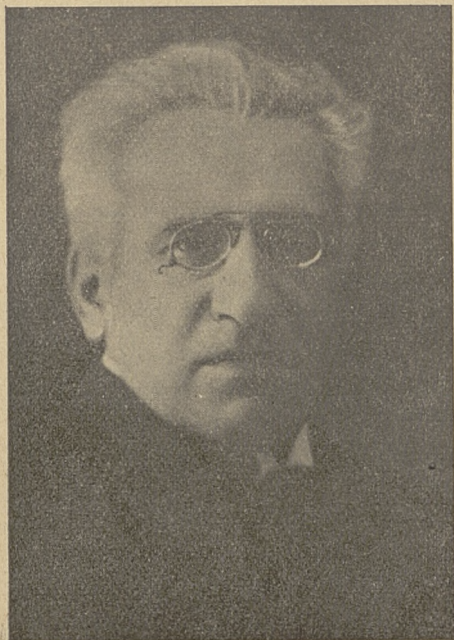
(—) *Hryniewicz.*



## WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

### DR. ZYGMUNT BYCHOWSKI

Dn. 12/IX. 1934 zmarł w Warszawie, w wieku 69 lat, Dr. Zygmunt Bychowski, biorący udział w pracach naszego Towarzystwa, jako jego członek, od czasu założenia Towarzystwa.



W ostatniem 15 leciu ubiegłego wieku i na początku niniejszego stulecia rozpoczęła się u nas niesłychanie żywa praca w dziedzinie neurologji i psychjatrji. Te dwie specjalności nauk lekarskich szły wówczas razem i szereg wybitnych lekarzy w Polsce tworzył potężny zastęp pracowników w tych dziedzinach, nadając ton i podnosząc poziom naukowy we wszystkich działach medycyny w Towarzystwach lekarskich i w prasie lekarskiej Polski. Tacy mistrzowie jak Babiński, Goldflam, Gajkiewicz, Kornilowicz, Flatau, Radziwiłłowicz i inni, dzięki doskonałemu wykszoleniu, należytemu przygotowaniu naukowemu i wielkim zdolnościom w wykładaniu swojej



wiedzy, podnosili poziom naukowy w medycynie. Do takiego zespołu uczonych lekarzy-neurologów wstąpił przed przeszło 35 laty Dr. Zygmunt Bychowski i bardzo szybko zajął w tym zespole jedno z pierwszych miejsc. Miejsce to zatrzymał do końca swego niestruzonego życia, wydając długi szereg prac dotyczących najrozmaitszych dziedzin neurologii — a zwłaszcza z dziedziny padaczki, gruczolów dokrewnych, nowotworów mózgu, stwardnienia rozsianego. Choć ściśle psychiatrycznych prac nie drukował jednak interesował się zawsze psychiatrią, uczęszczał na wszystkie niemal nasze posiedzenia, biorąc niejednokrotnie żywy udział w dyskusji. Bronił on praktycznie spraw psychiatrycznych w Magistracie m. Warszawy, gdzie zasiadał przez szereg ostatnich lat, jako ławnik.

### Dr. JANINA FRAENKLOWA

Dnia 18. sierpnia 1931 r. zmarła tragicznie śp. Dr. Janina Fraenkłowa w wieku lat 35. Zapalona taterniczka, uprawiająca ten sport



od szeregu lat, wybrała się śp. Dr. Janina Fraenkłowa dnia 17 sierpnia b. r. na jeden z najtrudniejszych szczytów tatrzańskich — na Żabiego Konia. W czasie wspinaczki w ścianach Żabiej przełęczy



głaz, strącony liną przewodnika ugodził ją w głowę, powodując zalanie czaszki. Ciężko ranną przetransportowało pogotowie tatrzańskie do Zakopanego, gdzie w nocy z 17 na 18 sierpnia b. r. przystąpiono do trepanacji czaszki. Niestety wszelkie zabiegi okazały się bezskuteczne, nie odzyskawszy przytomności zakończyła śp. Dr. Fraenklowa w kilkanaście godzin po wypadku swe młode życie.

Śp. Dr. Janina Fraenklowa urodziła się w Kałuszu dnia 27 października 1899 r. Studja gimnazjalne odbyła we Lwowie i Wiedniu, ukończyła wydział lekarski we Lwowie. Dyplom doktorski uzyskała w roku 1925. Już jako lekarka studjowała na wydziale humanistycznym Uniwersytetu Lwowskiego filozofję ścisłą i psychologję, jednak nawał zajęć zawodowych stanął na przeszkodzie ukończenia studjów filozoficznych.

Jako swą specjalność obrała psychjatrję i bezpośrednio po doktoracie rozpoczęła pracę na oddziale chorób nerwowych i umysłowych Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, początkowo jako lekarka wolentariuszka, od roku 1927 do Swej śmierci jako sekundariuszka. W roku 1930 udaje się w dłuższą podróż naukową zagranicę. Zwiedza kliniki wiedeńską i monachijską, pracuje dłuższy czas u *Kretschmera* w Marburgu i u *Claudea* w Paryżu. Owocem tej podróży jest między innymi wprowadzenie poraz pierwszy w Polsce leczenia Avertyną. Zostawiła kilka prac, świadczących o głębokiem i wnikliwem interesowaniu się problemami psychjatrycznemi:

1) „Analiza przypadku schizofrenji” (Polska Gazeta Lekarska Nr. 45 i 46 z r. 1930).

2) „Leczenie umysłowo chorych przy pomocy trwałego snu” (Rocznik psychjatryczny XVIII/XIX. Odczyt wygłoszony na XI. Zjeździe psychjatrów polskich).

Pozatem pozostawiła obszerną, niewydaną dotąd monografię z zakresu psychopatologii dziecięcej.

Zmarła brała żywy udział w ruchu naukowym, wygłaszając liczne referaty na posiedzeniach Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego oraz jego sekcji neurologicznej. Obdarzona darem jasnego i plastycznego wykładu, była doskonałą popularyzatorką wiedzy lekarskiej. W ramach cyklu wykładów popularnych, urządzanych rokrocznie przez Towarzystwo Hygjeniczne — w którego Wydziale zmarła zasiadała—ś.p. Dr. Janina Fraenklowa objęła dział prelekcji poświęconych zagadnieniom higieny psychicznej, wychowania dziecka psychopatycznego i t. p. Z tą pracą na polu oświaty w parze



ofiarna praca społeczna. Ś. p. Dr. Fraenklowa była jedną z czołowych działaczek akcji „Radjo — Dzieciom”, kierowała w ramach tej akcji jedyną we Lwowie poradnią dla dzieci niedorozwiniętych i trudnych do prowadzenia, była jedną z inicjatorek i wykonawczyń akcji dla dzieci bezdomnych. Podkreślić należy, że ta zupełnie bezinteresowna działalność odbywała się w warunkach niezmiernie trudnych, że była to praca od podwalin i że trzeba było ogromnej energii, zapału i samozaparcia, by na tym dobrowolnie objętym posterunku wytrwać, a nie zwątpić.

Śmierć jej wywołała szczególnie dotkliwą lukę na oddziale psychiatrycznym, na którym zmarła od szeregu lat pracowała. Dla ś. p. Dr. Fraenkłowej był zawód lekarski misją spełnianą żarliwie i bez oszczędzania siebie. Wzruszający był jej stosunek do chorych, nacechowany wielką miłością bliźniego i z głębi serca płynącym pragnieniem niesienia pomocy.

Zmarła była członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Zgaśł człowiek o niezwykłych zaletach serca i umysłu, a co najtragiczniejsze zgaśł w wieku, w którym mógł jeszcze wiele zdziałać dla dobra cierpiącej ludzkości.

Cześć jej pamięci!



## KOMUNIKATY.

### XV ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH.

XV *Zjazd Psychjatrów Polskich* odbędzie się w okresie Zielonych Świąt 8.VI. — 10.VI. 1935 r. w *Gostyninie* (szpital dla psychicznie chorych), oraz w *Płocku*.

Zgodnie z decyzją ostatniego Zjazdu w Krakowie 20.V. 1934 r. wybrano jako tematy główne na XV-y Zjazd:

1. Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego (z wyłączeniem porażenia postępującego i otępienia starczego).

2. Poczytalność zmniejszona w ujęciu naszego Kodeksu Karnego i w jej praktycznym zastosowaniu.

Dotychczas zgłoszono następujące odczyty (podane w alfabetycznym porządku autorów).

*J. Handelsman i Z. Messing*: Stosunek zmian anatomicznych w układzie nerwowym ośrodkowym do zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu.

*Doc. W. Łuniewski*. T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu kryteriów prawnych, psychiatrycznych i życiowych.

*J. Nelken*. Zaburzenia psychiczne przy postrzałach mózgu.

Z kliniki prof. *S. Pieńkowskiego*: a) Zaburzenia psychiczne w zespołach mnesticzno-skojarzeniowych. b) Zaburzenia psychiczne w pewnych sprawach zapalnych ośrodkowych układu nerwowego, c) Zaburzenia psychiczne przy guzach komory III-ej.

*J. Pinczewski*. Dezintegracja psychiczna w chorobie Schildera i stanach pokrewnych.

Prof. *J. Rothfeld*. O zaburzeniach psychicznych w przebiegu nowotworów mózgu i ich wartości dla lokalizacji w mózgu.

Z kliniki prof. *M. Rosego*: *J. Borysewicz i S. Witek*. Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego.

*Doc. W. Sterling*. Zmiany psychiczne w guzach mózgu na zasadzie własnego doświadczenia.

Zarząd Główny Polskiego Tow. Psychiatrycznego uprzejmie prosi o łaskawe zgłaszanie odczytów na wyżej wymienione tematy (pod adresem sekr. gen. *J. Handelsmana: Pruszków — Szpital Tworki*), przyczem Zarząd przypomina, że zgodnie



z uchwałą zjazdową mogą być zgłaszane referaty i odczyty oparte wyłącznie na własnym materiale. Termin zgłaszania do dnia 31 stycznia 1935 r.

Zarząd prosi również o przysłanie krótkiego streszczenia zgłoszonego odczytu do dnia 1.III.35 w celu umożliwienia streszczenia przed Zjazdem. Do tego terminu również mogą być zgłaszane odczyty luźne. Po tym terminie będzie ułożony program naukowy Zjazdu. Zgodnie z regulaminem Zjazdów odczyt trwać może 10 minut.

W sprawach organizacyjnych XV Zjazdu *Psychiatrów Polskich* prosimy porozumiewać się z *E. Wilczkowskim*, dyr. Zakładu psychiatrycznego: Gostynin woj. Warszawskie.

## O D E Z W A

### WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA POMOCY LEKARSKIEJ I OPIEKI NAD PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYMI

#### SEKCJA POZAZAKŁADOWA.

Skutki wojny, codzienna ciężka walka o byt, niezdrowe warunki życiowe, alkoholizm, morfinizm, różne choroby — są przyczynami coraz bardziej wzrastającej liczby umysłowo chorych.

W Polsce chorych umysłowo jest około stu tysięcy, z tych mniej niż piąta część mieści się w specjalnych zakładach i ma tam znośne warunki. Z pozostałych, nieznaczną ilość, ma w domu należyłą opiekę — reszta, to ci, których spotykamy w każdym mieście albo wsi, ci chorzy tak często głodujący, zaniedbani, szeregający nieuzasadnione postrach, a częściej pośmiewisko ludności, zwłaszcza dzieci.

Większość tych nieszczęśliwych, traktowana w odpowiedni sposób, zdolna jest do owocnej, a nawet skomplikowanej pracy i stać się może użytecznym członkiem społeczeństwa, mogącym wykonywać swoje zajęcie na swobodzie na równi z normalnymi ludźmi.

Chorzy tacy, winni oczywiście pozostawać pod opieką lekarza psychiatry, gdyż tylko lekarz specjalista może dać właściwe wskazówki, jak otoczenie powinno obchodzić się z chorym i jaka praca odpowiada siłom i możliwościom chorego, by nie stać się dla jego zdrowia szkodliwą. Widząc umysłowo chorych pracujących, ludność szybko przestanie się ich bać i uwierzy, że mogą oni pomimo choroby, przynieść pożytek społeczeństwu.

Tymi chorymi należy się zająć nie tylko ze względu na miłość bliźniego, lecz i dobro samego społeczeństwa, które temsamem obowiązane jest o nich pamiętać.

Zwracamy się więc z gorącym apelem do ludzi dobrej woli, do istniejących na danym terenie towarzystw społecznych i instytucyj dobroczynnych, aby tworzyli Koła i Kółka opieki nad umysłowo chorymi, celem obrony ich przed bezmyślnym krzywdzeniem, dostarczania najbiedniejszym schludnej odzieży, pożywienia, znośnego pomieszczenia i wyszukiwania odpowiedniego zajęcia.

W ten sposób przeprowadzona opieka pozaszpitalna, zaoszczędzi kosztów umieszczania w zakładzie chorych, którzy nie wymagają zamknięcia i konieczności budowania coraz to nowych zakładów, tak trudnej w dobie obecnej.

W miarę powstawania Kół i Kółek, Towarzystwo rozszerzy się na teren całej Polski, dając celową opiekę tak zaniedbanym dotychczas i włączającym się chorym umysłowo, pozostającym po za murami zakładu.



O wszelkie informacje, prosimy zgłaszać się do dyrekcji Szpitala Jana Bożego w Warszawie.

*Zarząd Sekcji Pozazakładowej.*

\* \* \*

Sekcja Opieki Pozazakładowej Warszawskiego Towarzystwa Opieki nad psychicznie chorymi, ogłasza niniejszym konkurs na pracę, któraby pogładowo zaznajała społeczeństwo z istotą chorób psychicznych, ich objawami i przebiegiem, w szczególności zaś uwzględniała opiekę pozazakładową:

- 1) Praca może zawierać od jednego do trzech arkuszy druku.
- 2) Zgłaszać pracę można do 1-go stycznia 1935 roku.
- 3) Pierwsza nagroda wynosi zł. 100, druga zł. 50.
- 4) Praca nagrodzona staje się własnością Stacji Opieki Pozazakładowej.

Prace kierować proszę: Warszawa, Plac 3-ch Krzyży 8 m. 4, p. Podleski. Tamże należy zgłaszać się o informacje.



## KSIĄŻKI I PISMA NADEŚLANE DO REDAKCJI.

- Nowiny Psychjatryczne.  
Neurologia Polska.  
Kwartalnik Psychologiczny.  
Psychometria.  
Archiwum Historji i Filozofji.  
Pamiętnik Tow. Lekarskiego Warszawskiego.  
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonných w Warszawie.  
Medycyna.  
Warsz. Czasopismo Lekarskie.  
Nowiny Społeczno-Lekarskie.  
Lekarz Kolejowy, Kwartalnik, Nr. Nr. 1, 2, 3.  
Lekarz Polski.  
Czasopismo Sądowo-Lekarskie.  
Przegląd Dermatologiczny.  
Prasa Polska.  
Bratislavske Lekarske Listy.  
Revue v Neurologii i Psychiatrii.  
Rivista de psicologia i pedagogia, Rok I Nr. 3, 1933, Barcelona,  
Centralnyj Medicinskij Żurnał.  
Mały Rocznik Statystyczny, 1934, Warszawa, Nakł. Gł. Urz. Stat.  
Becker R. Dr. med. — O skłonności do samobójstwa, W-wa 1934.  
Higier H. i Szenwic W. d-rzy med. — Niemoc płciowa i nieplodność. Wyd.  
„Eskulap” 1934.  
Higier H. dr. med. — Migrena i stany pokrewne, Monogr. lek. Nr. 5, 1934,  
Wyd. „Eskulap”.  
Levi D. prof. — Leczenie wstrzykiwaniami w praktyce lekarskiej, Monogr.  
lek. Nr. 3/4, 1934, Wyd. „Eskulap”.  
Liebhart Stanisław Dr. med. Klinika żeńskich hormonów płciowych, Mono-  
grafia Lek. Z. 12, 1934, Wyd. „Eskulap”.  
Flederbaum J. dr. med. — Przyczyny powstawania i sposoby leczenia stanów  
obrzękowych, Monogr. lek. Nr. 9, 1934, Wyd. „Eskulap”.  
Mikułowski Włodzimierz dr. med. — Klinika i leczenie krztuśca, Monogr.  
lek. Nr. 1, 1934, Wyd. „Eskulap”.  
Stępowski Bronisław dr. med. — Rozpoznawanie ciąży w świetle najnow-  
szych badań, Z. 2, 1934, Wyd. „Eskulap”.  
Węgierko Jakób dr. med. — O cukrzycy i jej leczeniu, Monogr. lek. Z. 6/8,  
1934, Wyd. „Eskulap”.  
Wojciechowski Adolf doc., dr. med. — Gruźlica chirurgiczna, Monogr. lek.  
Z. 10/11, 1934, Wyd. „Eskulap”.



# ANNALES PSYCHIATRIQUES

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

## Résumés.

M. Zieliński. Le rôle de la constitution dans les troubles psychiques réactifs.

Il y a des raisons assez importantes pour considérer la participation de l'élément constitutionnel dans l'évolution des psychoses réactives psychogènes et exogènes du point de vue commun qu'indignent leur analogies symptomatologiques. Les émotions, qui fondent la cause principale des réactions psychogènes, provoquent des conséquences somatiques graves dans le système cardio-vasculaire, la sécrétion interne, le métabolisme—analogues au processus constatés au cours, des psychoses exogènes. C'est aussi le syndrome de confusion mentale qui rejoint ces deux formes réactives.

L'exploration minutieuse des traits endogènes, qui dérivent d'éléments hérédito-constitutionnels dans les tableaux cliniques nommés, peut nous conduire à la solution de cette question difficile. La conception du type psychophysique de *Kretschmer* nous y apporte des indications précieuses.

S. Borowiecki. La classification des troubles psychiques réactifs et leurs rapports aux névroses.

Dans le domaine des troubles psychiques réactifs il n'y a pas d'entités morbides bien limitées, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut constater des syndromes dans une forme pure et non compliquée, qui mérite le nom d'un syndrome réactif typique. L'analyse exacte des troubles psychiques réactifs permet néanmoins de discerner entre eux les principaux groupes suivants:

I. Des troubles psychiques réactifs actuels qui s'approchent des états de la réaction psychique exogène, c'est-à-dire des réactions psychiques aux troubles somatiques.



II. Des troubles psychiques réactifs non-actuels qui se sont progressivement développés sous l'influence des facteurs de la vie affective.

Dans le premier groupe on peut distinguer une réaction neurasthénique, une réaction affective aiguë (le syndrome post-émotionnel) et une réaction de l'angoisse. Dans la réaction neurasthénique prédomine un syndrome de l'asthénie générale et de l'excitabilité exagérée par suite d'un travail excessif ou de maladies organiques quelconques: infections, intoxications, athérosclérose, paralysie générale etc. La réaction affective aiguë peut être observée comme un acte réflexe immédiatement après l'action des facteurs provoquants une émotion forte et subite — un traumatisme psychique de grande intensité. La réaction de l'angoisse est caractérisée surtout par une angoisse qui se développe quand la vie personnelle se trouve entravée ou dans une impasse.

Parmi des troubles psychiques réactifs non-actuels il faut chercher à discerner des réactions psychogènes qui dépendent des influences du milieu et des réactions psychopathiques qui se développent chez des sujets prédisposés par leur constitution héréditaire. La conception des réactions psychogènes est plus large que celle des manifestations dites autrefois hystériques.

On décrit les réactions psychogènes 1) en forme des symptômes somatiques de caractère fonctionnel comme paralysies, tremblements, surdités, mutismes etc.; 2) en forme des attaques psychogènes; 3) en forme des troubles psychogènes de la conscience (états crépusculaires, syndrome de *Ganser*, pseudo-démence); 4) en forme des réactions psychogènes sous l'aspect d'idées délirantes qui dépendent surtout de la situation (l'isolement, la prison, la surdité etc.).

La présence ou la prédominance de la prédisposition constitutionnelle fait opposer aux réactions psychogènes les principales réactions psychopathiques suivantes: 1) les idées délirantes qui diffèrent des idées délirantes psychogènes par le rôle que joue dans leur étiologie la prédisposition; 2) les phobies et 3) les obsessions.

La classification ci-dessus peut être considérée comme structurelle, parce qu'elle se base sur l'analyse de la structure des états examinés. La tâche qui se présente à nous au cours de l'exploration d'un cas concret est de constater le rôle de chaque réaction dans le tableau clinique. Au lieu de faire le diagnostic d'une névrose traumatique, il faut se rendre compte, en face d'un



syndrome posttraumatique sans signes organiques, quel rôle joue dans ce cas la réaction actuelle (réaction affective aiguë) et la réaction non-actuelle, c'est-à-dire la réaction psychogène (procès d'indemnité), la réaction psychopathique (dépendant de la prédisposition), et éventuellement la simulation.

### M. Bornsztajn. Le mécanisme d'origine des troubles psychiques réactifs.

Un choc psychique ou un servic psychique au caractère affectif négatif établi la cause d'un trouble psychique réactive ou autrement dit provoque chez l'homme une réaction psychogénique. 2. Une réaction psychogénique atteint l'organisme humain entier: le corps et l'âme. 3. Les troubles somatiques ce sont surtout les troubles du système nerveux végétatif (paleur, tremblement, sueur froide, troubles du coeur, des intestins etc.). 4. Les troubles réactives psychiques quant à leur structure dépendent de la constitution biopsychologique du personnage et de la force de choc et le contenu du trouble psychique et presque toujours en rapport intime avec le contenu du moment provocateur. 5. Dans l'origine des troubles psychiques jouent le rôle principale les mécanismes extra-conscients avec l'attribut spécifique de la finalité. 6. La finalité tient à la défense de l'organisme biopsychique contre les dommages produits par le moment patogénique. 7. La défense peut avoir le caractère passif ou actif. 8. Le mécanisme passif naît dans les circonstances quand le choc psychique est si brusque et grand que la défense active, productive, n'a pas le temps de s'établir. Par exemple, pendant les catastrophes s'actualisent les mécanismes de défense qui sont innés à l'organisme, les mécanismes biologiques héréditaires qui trennent à l'instinct de la conservation. C'est la cause que dans ces réactions psychogéniques que nous appelons primitives les différences constitutionnelles ne jouent d'abord un rôle éminent. Après, dans quelque temps après la catastrophe, apparaissent les différences de la réaction qui dépendent de la constitution du personnage (par exemple les symptômes de la névrose de rente). 9. Le mécanisme passif de défense survit aussi dans certaines constitutions psychopathiques, si la psychose même sans égard à son contenu représente le but à attendre; par exemple, un état maniacal ou un crise hystérique avec la perte de conscience et expansion psychomotrice. C'est une psychose réactive nommée



par les auteurs allemands: „Zweckpsychose”. 10. Le mécanisme de défense actif, productif se manifeste dans le trouble psychique réactif en cas de contenu de la psychose liée immédiatement à la survie, se réalise un désir irréalisable, que la réalité sévère a détruit. (Fuite dans la psychose). Ça arrive dans une certaine catégorie des états crépusculeux hystériques, dans les épisodes psychotiques en prison au caractère paranoïdo-hallucinatoires et dans les cas décrits par moi-même sous le titre de la schizothymie réactive. La productivité de la défense est atteinte par un mécanisme de dissociation. 11. La dissociation psychique au caractère hystérique se développe sous le voile de l'état crépusculeux à cause de la force de suppression, pendant que dans les états schizoidales, ou la force de la suppression est plus faible, la dissociation est tout à fait apparente, nue. 12. Le problème le plus grave, est à résoudre de quel origine sont les mécanismes à l'aide desquels le personnage psychopatique combat l'invasion de la survie pathogénique. Sont-ils tous de l'origine biologique ou peut-être se forment-ils avec participation de la psyché? L'immanente finalité de la réaction psychogénique est-elle renfermée dans l'organisme, comme héritage philogénétique, ou se forme-t-elle en dépendance du valeur spécifique de la survie et de la constitution acquise du personnage? La réponse de ce problème est très difficile. Mais il nous semble à la base des nos expériences et nos réflexions que la réaction psychogénique, la conséquence de la survie psychique et de la constitution du personnage, utilise pour son expression d'abord le subconscient contenu effectif du personnage, est fait dépendre forme des taches et brisements qui existent dans la constitution acquise liées aux survies jusqu'à présent (surtout en l'enfance) et c'est la cause que une fois elle se présente en forme hystérique et une autre fois en forme schizoïde. Ces mécanismes hystériques ou schizoidales mobilisent, s'il y en a besoin, les mécanismes du rang inférieur, les mécanismes préformés tout le monde sans égard à leur constitution. Ça me semble plus simple que l'hypothèse de l'indentité de *Bleuler*. Notre hypothèse tient à la liaison et réaction réciproque de l'âme et du corps par intermédiaire des instincts. Les instincts sont la frontière du soma et de la psyché, mais on ne pourra pas jamais identifier les deux mondes qui quoiqu'ils agrissent l'une sur l'autre réciproquement, resteront toujours différents.



## Wł. Chłopicki. Le mécanisme de l'origine des troubles réactifs.

L'auteur s'occupe exclusivement d'analyses des troubles somatiques, en prenant comme point de départ des troubles hystériques. L'intérêt à ce domaine a augmenté au temps de la guerre; mais ce n'est que l'analyse des symptômes d'encéphalite létargique, qui vient d'éclaircir d'une nouvelle façon la question des troubles réactifs resp. histériques. A la division des troubles hystériques, établie par *Charcot* — (troubles moteurs, sensitifs et sensoriels) l'auteur ajoute les troubles végétatifs.

L'auteur trouve dans ces troubles un mécanisme neuropathologique, preformé, lequel on peut constater au cours des maladies organiques du système nerveux et au cours des altérations de celui-ci; les troubles moteurs, dont il est question, ressemblent à ceux au cours de l'encéphalite, alors aux symptômes extrapyramidaux, comme il vient d'être démontré par *Pienkowski*. L'auteur accentue en outre l'apparition des symptômes psychiques, ressemblables à ceux d'hystérie, (par exemple la susceptibilité et les caprices comme symptômes d'empoisonnement par l'oxydant de charbon) décrits par *M. Gross* et *Kleist* — ou bien aussi la dépersonnalisation répondante à celle de l'hystérie et apparente à la suite des hémorragies ou des altérations cérébrales plus graves (*Frank*). En se basant sur les arguments cités ci-devant, l'auteur finit par conclure, que le mécanisme de ces troubles réactifs somatiques, aussi que celui des symptômes organiques, proprement dit — est le même; la différence entre eux serait déterminée par ceci, que dans les états réactifs — le procès est réductible (fonctionnel alors), tandis que dans les organiques il est irréductible, au fond duquel existe une altération anatomique du tissu nerveux.

## W. Łuniewski. L'élément réactif dans les psychoses des détenus.

Les restrictions, auxquelles sont soumises les détenus, deviennent une épreuve pour leur équilibre et leur capacité d'adaptation. C'est à cause de cela que les psychopates déséquilibrés et inadaptables réagissent à la détention par une exacerbation de leurs défauts morbides. Le tableau des troubles psychiques réactifs des détenus révèle l'action de deux facteurs: 1) celui des particularités psychopathiques du détenu et 2) des particularités de la situation et des conditions de la vie du détenu.

L'auteur décrit en premier lieu les réactions à prédominance des particularités psychopathiques des détenus ensuite celles, où



s'accroît le facteur de la situation. Après avoir présenté les formes cliniques des psychoses réactives des détenus l'auteur analyse leur contenu, en montrant, que leur genèse, leur tableau clinique, leur cours et leur issue dépendent des conditions extérieures. Cette dépendance permet dans la plupart des cas de différencier les psychoses réactives des détenus des psychoses endogènes qui se développent en dehors de la détention. Les phases premières des psychoses schizophréniques peuvent présenter des difficultés de diagnostic.

Il est à remarquer que les sujets détenus pour la première fois et ceux dont les actes criminels sont dus à l'affectivité, sont plus rarement atteints de psychoses réactives que les récidivistes et les habitués du délit. Les femmes au contraire de ce que l'on pourrait attendre, sont atteintes de psychoses réactives beaucoup plus rarement, que les hommes.

Le désir de la maladie et le désir de produire l'effet d'un malade, ce qui dans l'idée du détenu peut lui être favorable, joue certainement un rôle important dans la genèse des psychoses réactives.

Les psychoses réactives des détenus ne présentent pas de particularités spécifiques et en principe ne diffèrent pas d'autres psychoses réactives qui se rencontrent hors de la détention. Les variétés des psychoses réactives chez les détenus composent cependant un certain type sur lequel les conditions de la détention impriment leur marque de situation spéciale.

**J. Nelken. — Les psychoses réactives envisagées d'après les enseignements de la guerre mondiale et les exigences du service militaire.**

La guerre mondiale, cette expérience de grand style, a montré la grande importance des émotions dans la production des troubles psychiques d'ordre réactif. Déjà l'étude superficielle de cette question nous permet de diviser les troubles psychiques d'ordre réactif en deux groupes: 1. les psychoses générales avec moments réactifs ou bien totalement de nature réactive; 2. les psychoses qui se produisent d'une façon réactive mais qui ne dénotent pas clairement la nature réactive. Les signes de la réactivité dans ces cas sont: la structure exagérée de la psychose, ainsi que sa marche. Parmi ses termes extrêmes il y a des psychoses, qu'on rencontre couramment. Suivant la fréquence des moments qui les provoquent les psychoses réactives elles peuvent être: 1) de guerre, 2) de prison, 3) habituelles, qu'on rencontre dans la vie. — L'auteur donne en premier lieu



la description des psychoses endémiques, observées chez les soldats dans la deuxième moitié de la guerre mondiale. Après avoir étudié les opinions sur les psychoses réactives de *Jaspers* et principalement de *Birnbaum*, l'auteur attire l'attention sur la disposition congénitale et acquise de cette espèce de troubles psychiques. — Il donne la description de diverses formes de réactions psychiques, les états de depression, les craintes, l'apathie, les hallucinations, les états peu durables de folie, ainsi que la disposition psychique, qui se prête aux récives. Puis l'auteur mentionne le côté biologique et dynamique des réactions psychogénétiques d'après *Braun* — la forme de ces réactions peu dépendre de la constitution ou bien de la vie. *Bleuler* insiste sur la fréquence des réactions psychogénétiques au cours de la schizophrénie sans tenir compte de la liaison directe qui existe entre ces réactions et le processus schizophrénique. L'auteur lui même d'après ses recherches personnelles, associées aux catamnèses, constate, qu'une grande partie des observations de psychoses réactives de guerre avait un fond schizoidale avec une allure plus ou moins marquée d'hystérie. Le fait des troubles de la conscience est sujet à la discussion. Il s'agit notamment de savoir, si ce fait s'observe réellement ou bien s'il n'est que la refoulement de la conscience qui résulte de l'envahissement de la mentalité par le fond catathymique. — L'auteur rapporte 6 observations résumées de diverses psychoses réactives. Pour terminer il passe en revue les traumatismes dûs à la guerre aérienne et chimique à l'arrière du front pendant les guerres futures. Il y a lieu de tenir compte des dangers qui sont capables de surgir par suite de la saturation de l'intérieur du pays par les psychopates, libérés du service au front.

**E. Artwiński. — Reflexions méthodologiques sur les neuroses réactives.**

Il faudrait saisir le problème des neuroses réactives au point de vue des courants régnants dans la pathologie générale. La pathologie fonctionnelle, présentée par *Bergmann*, efface les confins entre les souffrances fonctionnelles et organiques et jette par ça une nouvelle lumière sur les neuroses réactives.

Dans toutes les considérations sur les neuroses réactives il faut se souvenir de ce que ce problème n'est pas encore solû définitivement et que des opinions diverses reignent encore toujours dans ce domaine.

Les expériences de la guerre, et surtout celles de *A. Léri*, nous



permettent de mieux comprendre le mécanisme des neuroses non seulement occasionées par la guerre, mais aussi de celles des temps de paix. Les troubles réactifs post-traumatiques sont de courte durée et passagers, ou bien ils peuvent devenir stables sous l'influence de différents facteurs tant extérieurs qu'intérieurs. Les symptômes manifestés tout de suite après le trauma sont liés strictement au système végétatif, mais bientôt des troubles psychogènes, conditionnés par des facteurs sociaux viennent les rejoindre. Les conditions extérieures peuvent aussi influencer la stabilité des symptômes végétatifs.

Quelques neuroses réactives ont beaucoup d'attributs en commun avec les réflexes conditionnels. Des syndrômes analogues furent observés chez des chiens sur lesquels on faisait des expériences qui étaient désagréables pour eux. La durée des symptômes post-traumatiques dépend des facteurs constitutionnels, probablement en premier lieu de la susceptibilité du système végétatif. Outre les facteurs constitutionnels ce sont aussi les conditions sociales (assurances, indemnités et autres) qui influencent la durée et la qualité des symptômes posttraumatiques.

Il faudrait considérer les neuroses réactives au point de vue de la pathologie constellée de *Tendeloo*. C'est seulement la considération des facteurs constitutionnels et d'un grand nombre de facteurs extérieurs qui nous fera mieux comprendre les neuroses réactives.

W. Medyński. — Névrose réactive et la capacité au travail.

St. Jankowski. — L'expertise médico-légale dans les questions du traumatisme réactif.

Dr. J. Skrzypińska. — Modifications de la chronaxie vestibulaire chez les étudiants en médecine, soumis à l'expérience avant et après leur examen.

Dans la conférence, présentée à la Société Polonaise de Psychiatrie le 21 mars 1934 l'auteur à la base de 1624 examens de la chronaxie vestibulaire chez 270 sujets normaux de différent âge (d'un mois jusqu'à 92 ans) est parvenu à la conclusion, qu'il y a distinguer deux ordres d'émotivité révélables par la chronaxie vestibulaire; à savoir: 1-o l'émotivité primordiale ou sous-corticale, dont le seuil d'excitabilité monte durant toute la vie humaine de sorte,



que la valeur de la chronaxie vestibulaire exprimée en sigmes, est dans la senilité profonde, une certaine de fois plus grande, que chez le nouveau-né, et 2-o l'émotivité psychique ou corticale, qui étant acquise n'existe pas chez le nouveau-né, augmente jusqu'à l'âge avancé et se laisse révéler, dans les épreuves émotives psychiques, par les chutes, bien passagères de la chronaxie vestibulaire, dont l'intensité augmente dans certains cas jusqu'à l'âge de 65 ans.

Le caractère passager de ces chutes et les modifications de la chronaxie vestibulaire sous l'influence des stimuli psychiques sont démontrés par l'auteur dans les recherches complémentaires sur la chronaxie vestibulaire de 70 étudiants en médecine, soumis à l'expérience avant et après leur examen de psychiatrie et de neurologie. Chaque étudiant a été soumis à l'expérience deux ou trois fois: 1-o à l'arrivée de l'étudiant à la clinique, 2-o une jusqu'à deux heures plus tard, lorsqu'il a déjà examiné son malade, peu avant l'examen théorique, 3-o aussitôt après l'examen théorique, et après qu'il a fait connaissance de la note, donc dans 1 jusqu'à 2 heures après l'expérience précédente. Les chronaxies, obtenues chez les étudiants au cours de trois jusqu'à quatre heures d'observation totale, révèlent chez la plupart des étudiants les modifications d'excitabilité très nettes. De 56 étudiants, soumis à l'expérience trois fois répétée, la chronaxie chez 16 étudiants montre sa valeur minimale à la 1-e expérience et chez 34 étudiants à la 2-e expérience. L'examen théorique fini, la chronaxie chez 41 étudiants augmente, dans la majorité de cas très considérablement, la chronaxie chez 11 étudiants reste au niveau des valeurs, obtenues à la 1-e ou à la 2-e expérience et elle diminue davantage chez 4 étudiants, dont les deux ont reçu une note insuffisante.

La chute maximale de la chronaxie chez les étudiants soumis à cette épreuve émotive, atteint 16,5 sigmes, tandis que la chute minimale n'atteint que 0,5 sigmes. Ces chiffres sont bien les mêmes, que l'auteur a obtenu dans ses nombreuses recherches précédentes, concernant les chutes émotionnelles. La chute de la chronaxie vestibulaire à la suite de n'importe quelle émotion psychique (corticale) négative ou positive, semble être une règle générale.

L'auteur souligne, que l'intensité des chutes de la chronaxie chez les étudiants examinés ne dépend aucunement de leur excitabilité primordiale.

La moyenne des valeurs de la chronaxie, obtenues chez tous les étudiants, soumis à la 1-e expé-



rience est de 9,2 sigmes, à la 2-e expérience — 8,7 sigmes et à la 3-e expérience — l'examen fini — 15,3 sigmes.

En comparant la chronaxie normale de huit étudiants de ce groupe, observés par l'auteur dans leurs conditions normales (en dehors du jour d'examen), à la chronaxie, obtenue dans leur état émotionnel (sous l'influence de l'examen), celui-ci montre, que la chronaxie chez trois étudiants atteint l'examen fini, sa valeur normale, chez trois autres la chronaxie augmente après l'examen, sans atteindre sa valeur normale, chez le septième elle monte même au dessus de sa norme, et chez le huitième, qui a reçu le résultat insuffisant de l'examen, la chronaxie, malgré l'examen fini retient la tendance de baisse.

Le résultat insuffisant de l'examen passé influence la chronaxie des étudiants, observés l'examen fini, d'une manière très différente et notamment tandis que la chronaxie de deux étudiants diminue davantage, la chronaxie des quatre atteint sa valeur normale et la chronaxie deux étudiants reste au niveau d'avant d'examen c'est à dire à la valeur moindre de leur norme.

Malgré toutes ces différences individuelles la moyenne des valeurs chronaxiques, obtenues chez les étudiants au moment de leur arrivée à clinique (9,2  $\sigma$ ), peu avant l'examen théorique (8,7  $\sigma$ ) et l'examen fini (15,3  $\sigma$ ), indique en chiffres que l'excitabilité de l'étudiant moyen en médecine arrivé à l'examen est augmentée d'une façon bien nette par rapport aux valeurs limites d'excitabilité normale des adultes (12—22  $\sigma$ ), qu'elle augmente davantage au moment où l'examen théorique va aussitôt commencer et l'examen achevé, l'état de l'excitabilité de l'étudiant atteint presque la valeur supérieure de l'excitabilité des adultes émotifs, (16  $\sigma$ ). Ainsi l'état émotionnel des étudiants est soumis ici au grand relâchement déjà dans une jusqu'à deux heures.



# SPIS RZECZY ZAWARTYCH W XXIII-cim ZESZYCIE.

	Str.
1. <i>M. Zieliński.</i> — Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych . . . . .	1
2. <i>St. Borowiecki.</i> — Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i ich stosunek do t. zw. nerwicy . . . . .	9
3. <i>M. Bornsztajn.</i> — Mechanizm powstawania [zaburzeń psychicznych reaktywnych . . . . .	28
4. <i>W. Chłopicki.</i> — Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych . . . . .	44
5. <i>W. Łuniewski.</i> — Pierwiastek reaktywny w psychozach osób uwięzionych. . . . .	56
6. <i>J. Nelken.</i> — Psychozy reaktywne w oświeceniu wojny światowej i służby wojskowej . . . . .	72
7. <i>E. Artwiński.</i> — Uwagi metodologiczne w sprawie nerwicy reaktywnych . . . . .	91
8. <i>Wł. Medyński.</i> — Nerwica urazowa a zdolność do pracy . . . . .	101
9. <i>S. Jankowski.</i> — Orzecznictwo sądowo-lekarskie w sprawach urazowych reaktywnych . . . . .	113
10. <i>J. Skrzypińska.</i> — Wahania chronaksji przedsionkowej medyków przed i po egzaminie . . . . .	131
11. Sprawozdanie z XIV-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie 19 — 21.V.1934 r. . . . .	143
12. Protokół XV Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Psychjatricznego . . . . .	151
13. Sprawozdanie Oddziału Warszawskiego za rok 1933/34. . . . .	159
14. Sprawozdanie Oddziału Krakowskiego za rok 1933/34 . . . . .	161
15. Sprawozdanie Oddziału Poznańskiego za rok 1933/34 . . . . .	161
16. Wspomnienia pośmiertne . . . . .	163
17. Komunikaty . . . . .	167
18. Książki i pisma nadesłane do Redakcji . . . . .	170

## RÉSUMÉS.

1. <i>M. Zieliński.</i> — Le rôle de la constitution dans les troubles psychiques réactifs . . . . .	171
2. <i>S. Borowiecki.</i> — La classification des troubles psychiques réactifs et leurs rapports aux névroses . . . . .	171
3. <i>M. Bornsztajn.</i> — Le mécanisme d'origine des troubles psychiques réactifs . . . . .	173
4. <i>Wł. Chłopicki.</i> — Le mécanisme de l'origine des troubles réactifs . . . . .	175
5. <i>W. Łuniewski.</i> — L'élément réactif dans les psychoses des détenus . . . . .	175
6. <i>J. Nelken.</i> — Les psychoses réactives envisagées d'après les enseignements de la guerre mondiale et des exigences du service militaire . . . . .	176
7. <i>E. Artwiński.</i> — Reflexions méthodologiques sur les neuroses réactives . . . . .	177
8. <i>W. Medyński.</i> — Névrose réactive et la capacité au travail . . . . .	178
9. <i>St. Jankowski.</i> — L'expertise médico-légale dans les questions du traumatisme réactif . . . . .	178
10. <i>J. Skrzypińska.</i> — Modifications de la chronaxie vestibulaire chez les étudiants en médecine, soumis à l'expérience avant et après leur examen . . . . .	178



# ARCHIWUM KRYMINOLOGICZNE

Kwartalnik poświęcony kryminologii, kryminalistyce i prawu karnemu

Założył Prof. WACŁAW MAKOWSKI. Redaktor Dr. STANISŁAW BATAWIA

Ukazał się Tom I-szy (Zeszyty 1 — 4), str. 548, zawierający m. inn.  
następujące prace:

**Prof. Makowski:** Na marginesie komentarza do Kodeksu Karnego. **Dr. Batawia:** Biologia kryminalna, jej cele i metody oraz wyniki dotychczasowych badań. **Prof. Wolter:** Kryminologia a prawo karne. **Doc. Mydlarski i Dr. Wiązowski:** Badania antropologiczne przestępców. **I. Skowronkówna:** Włóczęgostwo dziecięce w świetle psychologii. **Doc. Łuniewski:** Kryminologia a psychopatologia. **Dr. Steffen:** Przypadek matkobójstwa na tle psychozy rozszczepiennej. **Dr. Batawia:** Kwestjonariusz biologiczno-kryminalny. **Dr. Rosenblum i J. Neudingowa:** Nieletni przestępcy w świetle katamnezy 250 przypadków. **Doc. Łuniewski:** T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu Kodeksu Karnego 1932 r. **Dr. Steffen:** Przypadek psychozy religijnej u przywódców sekty. **Doc. Rabinowicz:** Środki zabezpieczające w teorii i praktyce. **Prof. Hirsfeld:** Badanie grup krwi i ich znaczenie dla wymiaru sprawiedliwości. **Prof. Baley:** Ekspertyza psychologiczna. **Dr. Wiśnacka:** Psychologia zeznań świadków. *Varia.* — Kronika.—Bibljoğrafja.—Przegląd Orzecznictwa Sądu Najwyższego.

Prenumerata roczna zł. 25., dla prenumeratorów „Rocznika Psychjatrycznego“ zł. 18.

Adres Redakcji: Warszawa, Poznańska 37 m. 6.

Nakładem Księgarni F. Hoesicka.

## SANATORJUM REKAWINKEL POD WIEDNIEM

PRZYJMUJE NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH,  
NARKOMANÓW, REKONWALESCENTÓW.

HYDRO I ELEKTROTERAPJA, DIATERMJA.

LECZENIE ODBYWA SIĘ W ŚCISŁYM POROZUMIENIU Z LEKARZEM  
SKIEROWUJĄCYM CHORYCH DO SANATORJUM.

Adres: Sanatorium Rekawinkel pod Wiedniem, Dyr. Dr. WEISS

